



PENSAR **ENFERMAGEM**

Revista Científica | Journal of Nursing



ÍNDICE

00	Pensar Enfermagem	
	Ficha Técnica	02
	Editorial	03
01	Artigos Originais	
	Notificação de eventos adversos pelos enfermeiros para maior segurança em enfermagem pediátrica	32
	Capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da doença: uma intervenção de enfermagem comunitária	64
	Capacidade de autocuidado de pessoas idosas portuguesas residentes em contexto domiciliário	76
	Efetividade do duche terapêutico no alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto	146
	Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença: uma intervenção da Enfermagem Comunitária	155
	Vivências do processo de hospitalização: perspectiva de pessoas internadas na clínica médica	162
02	Artigos de revisão	
	Barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos neonatais: revisão <i>scoping</i>	5
	Experiências de ter vivido com afasia de Broca: uma <i>scoping review</i>	17
	Intervenções para a autogestão em adolescentes com Diabetes Tipo 1: um protocolo de revisão <i>scoping</i>	39
	Medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar: protocolo de <i>scoping review</i>	45
	Cuidados de enfermagem na prevenção de quebras de pele no idoso: revisão integrativa da literatura	52
	A Internet como fonte de informação e literacia em saúde na gravidez: uma revisão <i>scoping</i>	95
	Realidade Virtual como estratégia de alívio da dor no trabalho de parto: protocolo revisão <i>scoping</i>	104
	Custo dos cuidados paliativos oncológicos em serviços de assistência domiciliar: revisão integrativa	113
	Indicador de qualidade em terapia nutricional na oncologia e a interface com a enfermagem: revisão integrativa	123
	O papel dos avós na transição para a parentalidade: uma <i>scoping review</i>	137
	03	Cochrane Corner
Cochrane Corner - Intervenções telefónicas para apoio educacional e psicossocial a cuidadores informais		110

04**Artigos Teóricos**

Habilidades sociais de enfermeiros da atenção básica e o agir comunicativo de Jürgen Habermas	82
Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro	87
Unitary Caring Science: Caritas Compassion Transpersonal Theory	170

FICHA TÉCNICA

Pensar Enfermagem
Revista Científica | Journal of Nursing
Volume 27 N.01 | janeiro 2023

Direção

Diretor:
Andreia Silva da Costa

Editor Chefe:
Paulo Seabra

Conselho Editorial

Editor Chefe:
Paulo Seabra

Editores Adjuntos:
Florinda Galinha de Sá
Helga Rafael Henriques
Pedro Lucas

Editores Associados:
Adam Searby (Deakin University School of Nursing and Midwifery, Melbourne, Australia)
Idevania G. Costa (School of Nursing, Lakehead University, Thunder Bay, Ontario, Canada)
Ivone Cabral (Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro)
Luís Sousa (Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica, Portugal)
Marcelle Miranda da Silva (Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro)
Rita Catalina Aquino Caregnato (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCS-PA, Brasil)
Sara Franco-Correia (Universidade de Oviedo, Espanha)

Propriedade:

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

Avenida Prof. Egas Moniz
1600 - 190 Lisboa

+351 217 913 400

revistapensarenfermagem@esel.pt
URL: pensarenfermagem.esel.pt

Depósito Legal:
106591/97

ISSNe:
1647-5526

Projeto Gráfico e maquetização:
Carolina Rodrigues

Desenvolvimento e manutenção da Plataforma:
OJS/PKP
Carolina Rodrigues
Diogo Marques
Márcia Pereira

Periodicidade:
Publicação em fluxo contínuo em versão digital/
Rolling pass publication - Anual

Atribuição de DOI:
Crossref.org

EDITORIAL

Autogestão do estado de saúde: Desafios

Self-Management of Health Status: Challenges Ahead

Paulo Seabra¹

 orcid.org/0000-0001-8296-1021

¹Editor-Chefe. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

A capacidade de autocuidado é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a base dos cuidados de saúde. O autocuidado está interligado nas dimensões físicas, psicológicas, emocionais, espirituais, e ainda com o conhecimento pessoal e bem-estar. O autocuidado está interligado ao equilíbrio pessoal ao longo do ciclo de vida e é central para vida das pessoas. Reconhecendo isso, a OMS considera as intervenções promotoras de autocuidado como intervenções centrais para a promoção da saúde, pois estas, têm o potencial de aumentar a escolha e fornecem mais oportunidades para as pessoas tomarem decisões informadas em relação à sua saúde e sobre os cuidados de saúde que necessitam. Estas intervenções têm de ser acessíveis e suportáveis economicamente pelas pessoas.¹

As intervenções para o autocuidado podem ser organizadas a três níveis: Autoconhecimento (autoajuda, autoeducação, autorregulação, autoeficácia, autodeterminação); Autoavaliação (auto-seleção, auto-triagem, autodiagnóstico, auto-coleta, Auto-monitorização); e Autogestão (Automedicação, auto-tratamento, autoexame, auto-injeção, autoadministração, auto-uso),¹ que é reconhecida como aquela com maior potencial para o bem-estar da pessoa. A autogestão da saúde na situação de doença crónica, pode ser caracterizada em 3 dimensões. A primeira relacionada com a Pessoa, considerando que a pessoa deve ativamente participar e assumir responsabilidade no processo de cuidado e ter uma forma positiva de enfrentar a adversidade. A segunda sobre a Relação da pessoa com o Ambiente de cuidados, em que se considera que a pessoa deve ser informada sobre a sua condição e tratamento, deve ser capaz de expressar as suas necessidades, prioridades e valores num ambiente de parceria e aberto para o apoio social, e o seu processo de autogestão tem de ser individualizado. Finalmente, a terceira dimensão define a autogestão enquanto uma Atividade, considerando que é uma tarefa para toda a vida que requer competências pessoais (nomeadamente capacidade de decisão e resolução de problemas) e abrange a gestão da saúde e das emoções.² Como a condições de cronicidade da doença estão relacionadas com os estilos de vida, muitas vezes o primeiro passo em direção à mudança é o mais difícil, pois inclui, a consciencialização do problema, a mobilização de recursos internos e a tomada de decisão, o que “pode precisar” da ajuda de um profissional de saúde. É aqui que os cuidados de enfermagem podem ser decisivos, pois as intervenções de autocuidado ou o treino para a autogestão quando realizadas em um ambiente seguro e solidário, oferecem a oportunidade para aumentar a participação ativa das pessoas na sua própria saúde, aumentar a sua funcionalidade e melhorar a sua qualidade de vida.^{3,4}

A mudança de comportamentos é das decisões e ações mais difíceis de iniciar e estabilizar, e é por isso que a investigação sobre o autocuidado e a capacitação para a autogestão da saúde, continua na agenda da investigação internacional.⁵ É o tempo de agir, de capacitar, e para isso, a população mundial espera contar com todos os profissionais de saúde, sendo que, metade desta força espalhada pelo mundo são 28 milhões de enfermeiros. Profissionais que precisam de contar com a imprevisibilidade da pessoa “com” quem prestam cuidados, ter a capacidade de aceitar as suas escolhas mesmo quando a opção da pessoa assume comportamentos de risco, e aceitar que o poder é de cada pessoa. Cuidados centrados na pessoa não são reais se a pessoa não é verdadeiramente envolvida no planeamento e na tomada de decisão e sempre que as suas expectativas e aspirações, ainda que danosas, não sejam respeitadas. Atualmente muito é pedido a estes profissionais, mas o potencial desta força de trabalho está ameaçado por múltiplos fatores: a falta de profissionais de saúde apontada por diferentes organizações internacionais; a tentativa de generalização e desqualificação da formação dos enfermeiros em vários países do globo como forma de reduzir custos, retirando as pessoas o benefício de serem cuidados por profissionais de saúde diferenciados; redução da oferta formativa na área da saúde ao nível do ensino superior; e o

Autor de correspondência

Paulo Seabra

E-mail: pauloseabra@escl.pr

Como citar este artigo: Seabra P. Autogestão do estado de saúde: Desafios. *Pensar Enf* [Internet]. 2023 Dec; 27(1): 3-4. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.319>



desinvestimento nos sistemas nacionais de saúde, beneficiando os serviços privados que não investem nas estratégias de promoção da saúde, incluindo as intervenções para o autocuidado.

A investigação pode ter um contributo determinante para as pessoas e para os profissionais de saúde, empoderando-os para o respeito dos direitos e escolhas, mas para isto, precisa integrar a experiência vivida de ambos, no desenvolvimento de intervenções baseadas na evidência e centradas no cidadão.


O contributo da revista, é micro, mas a Autogestão da Saúde foi a temática mais publicada neste número 27.

Referências


1. World Health Organization. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. Geneva: World health Organization; 2019
2. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, De Vriendt P. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* [Internet]; 2019 Jul 16 [cited 2024 jan 31]; 9(7):e027775. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31315862/>
3. van Schie D, Castelein S, van der Bijl J, Meijburg R, Stringer B, van Meijel B. Systematic review of self-management in patients with schizophrenia: psychometric assessment of tools, levels of self-management and associated factors. *J Adv Nurs*. [Internet] 2016 Nov [cited 2024 jan 08]; 72(11):2598-2611. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27200500/>
4. Liu Y-Y, Li Y-J, Lu H-B, Song C-Y, Yang T-T, Xie J. Effectiveness of internet-based self-management interventions on pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* [Internet] 2023 [cited 2024 jan 10]; 79, 2802–2814. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15693>
5. Gauthier-Beaupré A., Kuziemy C., Battistini B.J. et al. Evolution of public health policy on healthcare self-management: the case of Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res* [Internet] 2023 [cited 2024 jan 25]; 23; 248. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09191-3> <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09191-3>

Barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos neonatais: revisão *scoping*

Fátima Pacheco de Sousa¹

 orcid.org/0000-0002-6577-4344

Maria Alice dos Santos Curado²

 orcid.org/0000-0002-9942-7623

¹Mestrado. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Serviço de Neonatologia Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

²Doutoramento. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

Resumo

Objetivo

Identificar as barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos neonatais.

Introdução

Os enfermeiros neonatais desempenham um papel crucial no cuidado ao recém-nascido que sofre de uma doença crónica complexa ou que se encontra em fim de vida e necessita de cuidados paliativos. Na unidade de cuidados intensivos neonatais, a implementação dos cuidados paliativos é inconsistente devido à existência de barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros perante a necessidade de tomar decisões relacionadas com o fim de vida dos recém-nascidos ou a suspensão de tratamentos curativos.

Método

De acordo com a metodologia indicada pelo Joanna Briggs Institute, e o PRISMA-ScR como lista de verificação complementar, esta revisão *scoping* foi realizada em três fases e foram pesquisados em 10 bases de dados estudos primários, revisões sistemáticas e meta-análises, em inglês, português, francês e espanhol entre 2016 a 2021. Os dados obtidos através do processo de extração foram reunidos numa tabela, e incluíram as características dos estudos, a população envolvida e os principais achados relacionados com as barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face à prestação dos cuidados paliativos na unidade de neonatologia, e os instrumentos utilizados para avaliar essas atitudes.

Resultados

Dezasseis estudos preencheram os critérios de inclusão. As principais barreiras identificadas pelos estudos estão relacionadas com a ausência de formação em cuidados paliativos, dificuldade de comunicação com os pais e entre profissionais de saúde, e ausência de políticas relacionadas com a prestação de cuidados paliativos neonatais. A entrevista semiestruturada foi o instrumento mais comum e amplamente utilizado para estudos qualitativos. Os questionários foram selecionados para estudos quantitativos, sendo a NiPCAS o mais utilizado na UCIN.

Conclusão

As barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros na implementação dos cuidados paliativos neonatais estão identificadas pela literatura científica, no entanto os cuidados permanecem inconsistentes. A definição de estratégias de formação e políticas organizacionais pode reduzir o impacto das barreiras enfrentadas pelos enfermeiros neonatais na prestação de cuidados paliativos.

Palavras-chave

Atitudes; Barreiras; Unidade de Terapia Intensiva; Neonatal; Enfermeiro; Cuidados Paliativos.

Autor de correspondência

Fátima Pacheco Sousa

E-mail: fatimasousa@campus.esel.pt

Recebido: 02.08.2022

Aceite: 22.12.2022

Como citar este artigo: Sousa F P, Curado M A S. Barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos neonatais: revisão *scoping*. Pensar Enf [Internet]. 2023 Mar; 27(1):5-16. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.200>



Introdução

A sobrevivência dos recém-nascidos prematuros no limite da viabilidade e de outros recém-nascidos com patologia muito grave deve-se à evolução do conhecimento técnico e científico na área da neonatologia. Mas, se a taxa de sobrevivência é mais elevada, o potencial de bem-estar e de uma vida saudável diminui devido à morbidade, incapacidade e doenças crônicas complexas (DCC) que conduzem a níveis imprevisíveis de saúde difíceis de gerir, que podem influenciar o desenvolvimento do recém-nascido a curto, médio e longo prazo.¹

As necessidades de cuidados paliativos (CP) na população neonatal são principalmente importantes em situações de diagnóstico pré ou pós-natal de condições limitantes e/ou potencialmente fatais (por exemplo, agenesia renal bilateral, anencefalia, trissomia 13 e 18...), quando existe um elevado risco de morbidade ou morte (por exemplo, hidronefrose bilateral grave, síndrome do coração esquerdo hipoplásico, doença neurológica...), quando os recém-nascidos estão no limiar da viabilidade (idade gestacional de 22-23 semanas), situações pós-natais com elevado risco de sequelas e compromisso da qualidade de vida (por exemplo, encefalopatia hipóxico-isquêmica grave, hemorragia periventricular grave), ou situações pós-natais que causam grande sofrimento e não têm possibilidade de cura (por exemplo, enterocolite necrotizante grave) ou sem cura.²

Assim, no contexto dos cuidados intensivos neonatais, é necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, desenvolvam competências em cuidados paliativos (CP) de forma a apoiar o recém-nascido e a sua família^{3,4} prestando cuidados holísticos, ativos, totalmente centrados na família desde o diagnóstico, ao longo da vida do recém-nascido, na morte e além. Os cuidados paliativos neonatais (CPN) abrangem elementos físicos, emocionais, de desenvolvimento, sociais e espirituais, e têm como objetivo melhorar a qualidade de vida do recém-nascido e apoiar toda a família, incluindo a gestão de sintomas angustiantes, cuidados em fim de vida e apoio no luto.⁵ A decisão de iniciar CP ao recém-nascido deve envolver a equipe multidisciplinar, e considerar os fatos relevantes relacionados à situação clínica do recém-nascido, a opinião dos cuidadores, incluindo os pais e, se necessário, a opinião de uma equipa de especialistas em CP e da Comissão de Ética para a Saúde.⁶

A literatura e a prática mostram que a implementação dos CPN é inconsistente⁷⁻⁹, muitas vezes devido ao sofrimento emocional e aos dilemas éticos que os enfermeiros experienciam quando se deparam com a necessidade de tomar decisões relacionadas com o fim de vida, ou a suspensão dos tratamentos curativos.^{4,10} A avaliação das atitudes dos enfermeiros neonatais em relação à implementação dos CPN tem sido efetuada através de instrumentos que permitem aos investigadores identificar as barreiras para a prestação de CPN.^{3,11,12}

Algumas dessas barreiras incluem recursos humanos com rácios inadequados e falta de treino em CP, ambiente físico desfavorável, imperativos tecnológicos, dificuldade de

comunicação entre os membros da equipa e com os pais, e expectativas parentais irrealistas.

A utilização de instrumentos evidencia o impacto que as atitudes dos enfermeiros podem ter na prestação de cuidados paliativos aos recém-nascidos, e possibilita a implementação de políticas que auxiliem os profissionais de saúde a tomar decisões consistentes e holísticas na busca constante da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Uma pesquisa preliminar realizada no Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, e nas bases de dados Cochrane Library, MEDLINE e CINAHL, não identificou uma revisão *scoping* sobre esta temática. As revisões *scoping* visam mapear os principais conceitos que fundamentam uma área de pesquisa e as principais fontes e tipos de evidências disponíveis.^{13,14} Portanto, esta abordagem foi considerada uma forma útil de mapear e examinar as evidências científicas sobre as barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros em relação aos CP na UCIN.

Objetivo

O objetivo desta revisão *scoping* é identificar e mapear na literatura científica quais são as barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos neonatais.

Esta revisão *scoping* tem ainda como foco dar resposta às seguintes questões:

Quais são as barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos em neonatologia?

Que instrumentos têm sido utilizados para avaliar as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos em neonatologia?

Método

Esta revisão *scoping* seguiu as recomendações de metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), nomeadamente, a identificação do objetivo e questões da pesquisa, desenvolvimento dos critérios de inclusão, pesquisa, seleção, extração e análise da evidência, apresentação dos resultados, síntese e descrição dos resultados.^{14,15} No apoio à gestão dos dados utilizou-se o software Covidence® e a lista de verificação¹⁶ para revisões *scoping* “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews”. Não foi efetuada a avaliação das limitações metodológicas ou risco de viés das evidências incluídas neste estudo uma vez que a mesma não é recomendada em revisões *scoping*.¹⁴ Este estudo está registrado no Open Science Framework: osf.io/phcm7.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa considerou estudos escritos em português, inglês, francês e espanhol, publicados entre 2016 e 2021. Foram incluídos todos os estudos científicos que abordaram o objetivo do estudo, de natureza quantitativa, qualitativa ou

mista, e também aqueles que não se encontram publicados (literatura cinzenta).

Numa primeira fase, a pesquisa limitou-se a quatro bases de dados, nomeadamente CINAHL Complete, MEDLINE Complete, COCHRANE Database of Systematic Reviews (via EBSCOhost) e Joanna Briggs Institute EBP Database via OVID, onde, através da análise das palavras contidas no título e no resumo dos estudos, se identificaram os termos de indexação (descritores MeSH 2020 e palavras-chave). A segunda etapa foi realizada nas bases de dados referidas na primeira etapa, bem como na Academic Search Complete (via EBSCOhost), b-on, BioMed Central, Science Direct para publicações da Elsevier, PubMed, Scopus e Biblioteca Virtual da Saúde. Numa terceira fase, foram analisadas as referências dos documentos identificados de forma a identificar alguma bibliografia adicional.

A estratégia de pesquisa da literatura incluiu a seguinte combinação dos termos de indexação MeSH e palavras-chave: ((“barriers”) AND (“nurse” OR “nurses” OR “nursing”) AND ((MM “palliative care”) OR (“end of life”)) AND ((MM “neonatal intensive care unit”) OR (“NICU”))). Os termos descritores CINAHL utilizados

foram ((“barriers”) AND (MH“nurses+”) AND ((MM “palliative care”) OR (“end of life”)) AND ((MM“intensive care units, Neonatal”) OR (“NICU”))).

Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade encontram-se descritos na Tabela 1.

Após a identificação dos estudos relevantes, estes foram importados para o software Covidence®. Os duplicados foram removidos através deste software e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os estudos foram triados, primeiro pela análise do título e resumo e, numa segunda fase, pela leitura do texto completo. O processo de seleção dos estudos e extração de dados foi realizado de forma independente por dois revisores, e um terceiro revisor interveio sempre que existiram conflitos na seleção dos estudos.

Tabela 1 – Critérios de elegibilidade

Critérios de elegibilidade	
Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Todos estudos em que os participantes são enfermeiros que prestam cuidados na UCIN	Todos os estudos cujos participantes não sejam enfermeiros neonatais Todos os estudos cujos participantes incluam outros profissionais de saúde para além de enfermeiros neonatais.
Todos os estudos cujo fenómeno de interesse esteja relacionado com as barreiras, os desafios ou quaisquer impedimentos que influenciam as atitudes dos enfermeiros em relação aos CP na UCIN. Estudos que explorem as atitudes, perceções e experiências dos enfermeiros neonatais em relação aos CP na UCIN.	
Todos os estudos desenvolvidos na UCIN, independentemente do seu nível de diferenciação ou complexidade.	Todos os estudos cujo contexto de cuidados não seja a UCIN, tal como Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos ou Unidades de Cuidados Continuados ou Unidades de Cuidados Paliativos.
Estudos em Inglês, Português, Francês e Espanhol, entre 2016 e 2021.	

Extração e síntese dos dados

Seguindo a orientação metodológica do JBI para revisões *scoping* sobre o instrumento de extração de dados¹⁵, na etapa do protocolo os autores elaboraram uma tabela de extração onde se efetuou o registo das informações contidas nos estudos selecionados para análise, especificamente os autores, país onde o estudo foi desenvolvido, ano, título, objetivos, metodologia e assuntos que respondem ao PCC. Depois de concluída a tabela de extração de dados, os principais achados foram extraídos para uma tabela de síntese (Tabela 2). Esta tabela contém os participantes, o

contexto e as barreiras identificadas como aquelas que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na UCIN, e os instrumentos utilizados pelos autores para avaliar essas atitudes. A extração de dados foi efetuada por um revisor e um segundo revisor verificou os dados extraídos. Onde ocorreu conflito, um terceiro revisor interveio para garantir que a extração de dados permanecesse consistente com o objetivo e as questões delineadas. Uma nuvem de palavras foi gerada para extrair os tópicos mais relevantes dos estudos e efetuou-se uma descrição narrativa do processo.

Tabela 2 – Síntese com os principais achados dos estudos incluídos na revisão (n=16)

1º Autor Estudos	Participantes Contexto	Barreiras			Instrumentos
		País	Enfermeiros	Instituição de Saúde	
Razeq, N. 2019/Jordânia Quantitativo	Enfermeiros (n=289) UCIN	Dificuldade em interpretar as atitudes dos pais	Tempo insuficiente para tomar decisões; dificuldade em estabelecer um prognóstico	Ausência de normas; conflitos entre as políticas da UCIN e as de cada profissional	Parents' information and ethical decision making in neonatal intensive care units: staff attitudes and opinions
Forouzi, M. 2017/Irão Quantitativo	Enfermeiros (n=57) UCIN	-----	Rácio enfermeira/RN inadequado; ausência de treino em CP	Ambiente inadequado; ausência de protocolos	Neonatal Palliative Care Attitude Scale (NiPCAS)
Beckstrand, R. 2019/EUA Misto	Enfermeiros (n=121) UCIN	Dificuldade em comunicar com os pais	Conflitos com os pais; inconsistência nas decisões da equipa médica; futilidade terapêutica	Ambiente inadequado; falta de privacidade	National Survey of NICU Nurses' Perceptions of End-of-Life Care
Chin, S. 2020/EUA Misto	Enfermeiros (n=200) UCIN	Não inclusão dos pais na tomada de decisão; necessidade de continuar o tratamento	Não compreensão dos objetivos dos CPN; estigma; a equipe usa a tecnologia de suporte à vida além do que é confortável	Falta de apoio aos CPN pela sociedade; falta de protocolos; o ambiente físico da UCIN; falta de privacidade	NIPCAS Questionário com respostas abertas
Cerratti, F. 2020/Itália Quantitativo	Enfermeiros (n=347) UCIN	Comunicação abaixo do ideal entre pais e profissionais de saúde; famílias não estão informados sobre as opções de CPN	Incapacidade de partilhar opiniões pessoais; os médicos sentem-se desconfortáveis com os pedidos dos pais para prolongar a vida dos bebés; experiência anterior insatisfatória na prestação de CP	Ambiente físico inadequado; escassez de recursos para prestação de CP; falta de políticas formais de fim de vida; diminuída formação em serviço em CPN	NIPCAS
Kilcullen, M. 2017/Austrália Qualitativo	Enfermeiros (n=8) UCIN	A família está longe do hospital; não se usa tecnologia para comunicar	Falta de experiência em CP; sofrimento emocional; dificuldade em mudar o modelo de cuidados curativos para paliativos	Falta de privacidade; falta de recomendações, procedimentos e políticas, ausência de avaliação	Entrevista individual semiestruturada
Kim, S. 2019/ Coreia do Sul Qualitativo	Enfermeiros (n=20) UCIN	Comunicação com os pais; exigência para a continuação do tratamento; expectativas parentais	Falta de experiência em CP; dificuldade em apoiar os pais; conflitos na decisão entre cuidados de conforto e cuidados curativos; futilidade terapêutica	Ambiente inadequado, falta de privacidade; restrição de visitas; realizar funções administrativas	Entrevista individual semiestruturada
Oliveira, FC. 2018/Brasil Qualitativo	Enfermeiros (n=9)	-----	Sofrimento emocional; identificação com as famílias; falta de habilidades para prestar CP; falta de formação; desengajamento emocional, repressão de sentimentos e evitação	Suporte institucional limitado para CP; inconsistência nas políticas hospitalares; falta de protocolos padronizados para CP	Entrevista individual semiestruturada
Gibson, K. 2018/Austrália Revisão da Literatura	Enfermeiros	Decisões dos pais para continuar com o tratamento; expectativas irracionais relacionadas com o bem-estar do bebé, a longo prazo	Sofrimento moral; sensação de impotência; envolvimento emocional prolongado com as famílias; evitação; falta de conhecimento, experiência e competência; falta de formação em CP	Ambiente inadequado; as diretrizes da UCIN sobre CP refletem mal os valores e ideais da equipa ou da comunidade	-----

Kachlová, M. 2021 República Checa Quantitativo	Enfermeiros (n=109) UCIN	Exigência Parental para continuar tratamento curativo	Falta de formação em CP; falta de apoio emocional	Recursos humanos inadequados; ambiente inadequado; ausência de apoio na formação e treino	NiPCAS
Sadeghi, N. 2021/Irão Qualitativo	Enfermeiros (n=12) UCIN	Os pais não aceitam a morte do filho; presença dos pais	Rácio de enfermeiros inadequado; stress emocional; indicação médica para continuação do tratamento	Ambiente inadequado	Entrevista individual semiestruturada
Salmani, N. 2018/Irão Revisão da Literatura	UCIN	Pais solicitam a continuação do tratamento; cultura e religião	Atitude negativa dos profissionais de saúde em relação à morte; religião; falta de treino em CP; dilemas éticos	Ausência de cursos de formação; ambiente inadequado; rácio enfermeiro/RN baixo	-----
Carvalhais, M. 2019/Portugal Qualitativo	Enfermeiros (n=15) UCIN	Dificuldade na tomada de decisão; sofrimento dos pais	Falta de treino e formação em em CP	Ausência de protocolos, recomendações; apoio psicológico diminuído	Entrevista individual semiestruturada
Kim, S. 2017/Coreia do Sul Qualitativo	Enfermeiros (n=20) UCIN	Pais negam a situação clínica do RN; avós desencorajam a criação de memórias	Stress emocional; crenças e culturas; rácio desadequado; sobrecarga de trabalho	Ausência de protocolos e recomendações; ambiente inadequado; ausência de equipa especialista em CP	Entrevista individual semiestruturada
Silva, I. 2017/Brasil Qualitativo	Enfermeiros (n=8) UCIN	Pais não estão informados sobre as opções em CP	Falta de treino em CP; falta de diálogo entre a equipa médica e de enfermagem; impossibilidade de expressar opiniões em decisões de fim de vida	Organização da UCIN; rotinas; lidar com as regras estabelecidas pela instituição	Entrevista individual semiestruturada
Silva, E. 2017/Portugal Qualitativo	Enfermeiros (n=15) UCIN	Conflitos com os pais e entre o casal; dificuldade na tomada de decisão	Falta de comunicação; incapacidade em dar apoio; limites terapêuticos; falta de consenso	Ambiente inadequado; falta de privacidade; ausência de protocolos	Entrevista individual semiestruturada

Resultados

Resultados da pesquisa

foram removidos pelo Covidence® por duplicidade. Foi efetuada a triagem pelo título e resumo dos restantes 408 registos e 370 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, considerando-se elegíveis 38 registos. Após a leitura do texto completo, 22 registos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, ou

Conforme a figura 1 (Fluxograma do processo de seleção dos estudos - Prisma 2020), a pesquisa realizada em 10 bases de dados identificou 483 registos. Destes, 75 registos seja, contexto, população e não fazerem referência ao desenho do estudo. Portanto, 16 estudos foram incluídos nesta revisão de *scoping*.

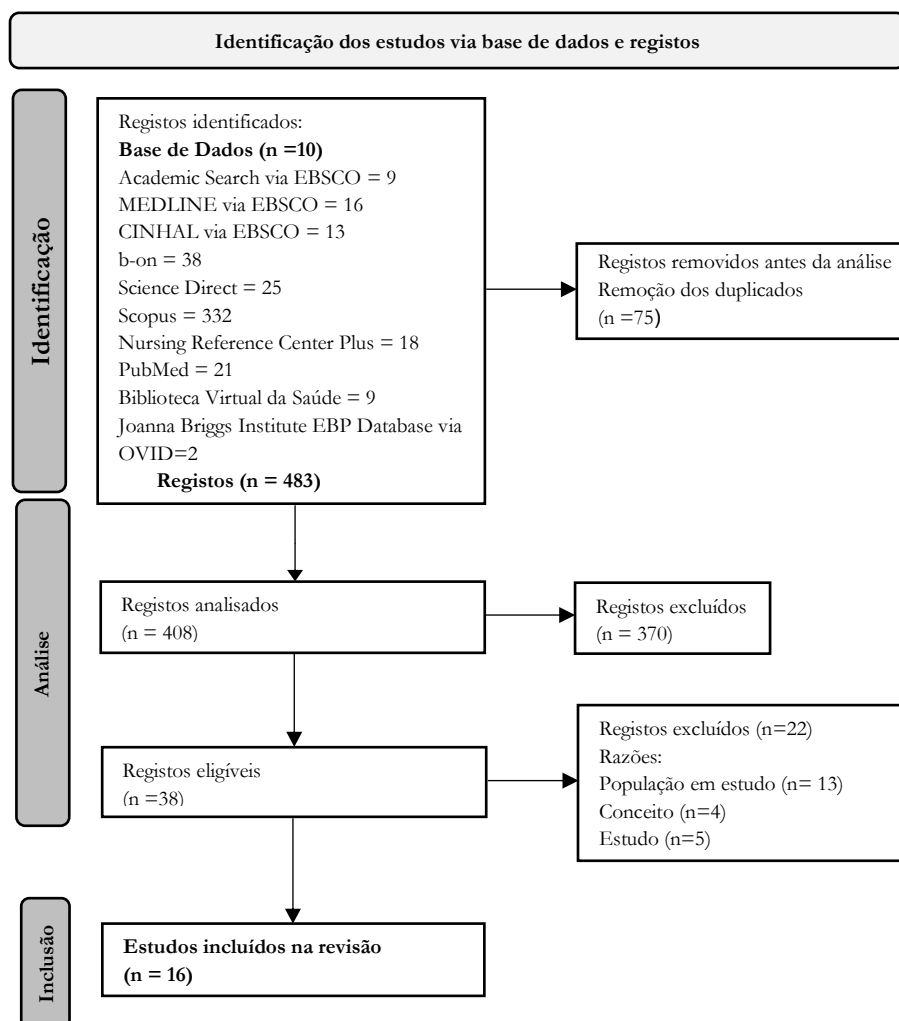


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos - PRISMA 2020

Características dos estudos incluídos

Em relação ao ano de publicação, houve um *continuum* entre 2016 e 2021. O ano de 2018 incluiu 5 estudos, 2017 e 2019 incluíram 3 estudos respectivamente, 2020 e 2021 com 2 estudos respectivamente, e 2016 com apenas 1 estudo. Os estudos foram conduzidos em países europeus (n=4), América do Norte (n=2), Médio Oriente (n=4), América do Sul (n=2), Ásia (n=2) e Oceania (n=2). Os 16 estudos analisados adotaram como estratégia metodológica a abordagem qualitativa (n=8), e a abordagem quantitativa (n=4). Também foram identificadas dissertações académicas que seguiram uma metodologia mista (n=2), e Revisões de Literatura (n=2). Todos os estudos elegeram a UCIN como contexto e os enfermeiros como participantes (n=16). Os principais objetivos das pesquisas foram explorar as experiências^{9,17-19}, percepções^{3,20-22} e atitudes²³⁻²⁶ dos enfermeiros em relação à implementação dos

cuidados paliativos neonatais, e a existência de desafios^{24,27} ou barreiras.

Análise temática

Utilizando o software NVivo®, foi realizada uma análise temática dos 16 estudos, e emergiram quatro temas (Figura 2) que refletem as barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos neonatais, nomeadamente, (1) a experiência dos enfermeiros na prestação de cuidados paliativos ao recém-nascido e às suas famílias; (2) a comunicação dos enfermeiros com a equipa multidisciplinar e com os pais; (3) as condições desfavoráveis em que os cuidados paliativos são prestados; (4) o suporte institucional e organizacional através da existência de protocolos, diretrizes, políticas e equipas especializadas em cuidados paliativos. Foi efetuada uma contagem de frequência de palavras dos 16 estudos incluídos na revisão, e uma nuvem

de palavras foi gerada (Figura 3). O tema mais frequente foi “experiência” (0,54%), seguido de “meio ambiente” (0,29%), “experiências” (0,28%), “saúde” (0,24%), “orientações” (0,18%) e “percepções” (0,17%). Estas

palavras refletem algumas barreiras que podem influenciar as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na UCIN.



Figura 2 - Análise temática dos estudos incluídos na revisão scoping (n=16)



Figura 3 - Nuvem de palavras da análise dos estudos incluídos na revisão scoping (n=16)

Instrumentos que permitem avaliar as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na UCIN

Em relação à segunda questão, “Que instrumentos têm sido utilizados para avaliar as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos em neonatologia?”, da análise dos 16 estudos incluídos na revisão, oito (n=8) utilizaram a entrevista para identificar as barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos CPN^{3,7,17,19,21,22,29,30}. Seis estudos usaram escalas e questionários, nomeadamente, *Parents' information and ethical decision-making in neonatal intensive care units: staff attitudes and opinions*²⁴ (n=1), the *National Survey of NICU Nurses' Perceptions of End-of-Life Care*⁷ (n=1), e *Neonatal Palliative Care Attitude Scale - NiPCAS*^{12,20,25,31} (n=4). O questionário *Parents' information and ethical decision-making in neonatal intensive care units: staff attitudes and opinions* data de 1997 e foi utilizado como instrumento para o estudo europeu EURONIC.³² Foi construído para registar dados

sobre a organização e as políticas da UCIN, para examinar as opiniões e as atitudes dos profissionais de saúde quanto à transmissão de informações aos pais, e ao processo de tomada de decisão ética na UCIN em relação aos aspectos sociais, culturais, legais e origens éticas de diferentes países. O questionário *National Survey of NICU Nurses' Perceptions of End-of-Life Care*, foi utilizado num estudo misto e tem como objetivo identificar as percepções dos enfermeiros sobre os cuidados de fim de vida. Baseou-se em quatro questionários semelhantes aplicados a enfermeiros em unidades de cuidados intensivos de adultos, urgência, oncologia e cuidados intensivos pediátricos. A *Neonatal Palliative Care Attitude Scale - NiPCAS*¹¹ foi desenvolvida para examinar as atitudes dos enfermeiros neonatais face aos cuidados paliativos, atitudes que podem constituir barreiras ou facilitadores para os CP na UCIN. É uma escala de cinco pontos (1 a 5) que varia do discordo totalmente a concordo totalmente. Avalia três dimensões, nomeadamente, a

organização, os recursos e os clínicos. Esta escala tem sido utilizada em vários estudos, traduzida e validada para outros países^{12,25,31,33,34} e os resultados obtidos são muito semelhantes, ou seja, as barreiras identificadas estão relacionadas com a falta de formação em CP, falta de comunicação com os pais, a falta de apoio institucional, a existência de um ambiente não propício à prática dos CP e os imperativos relacionados com a tecnologia.

Discussão

Na grande maioria dos estudos, as barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na UCIN relacionam-se com a falta de experiência na prestação de CPN, falta de formação, falta de habilidades/competências na comunicação com os pais e entre os profissionais de saúde, dificuldade em lidar com as próprias emoções e dificuldade na tomada de decisões.

Não ter experiência na prestação de cuidados paliativos ao recém-nascido, ou ter tido más experiências, pode aumentar o stress emocional e promover situações de evitação e dificuldade de comunicação com a família.^{9,26,28}

A pouca experiência dos enfermeiros em CP, aliada ao desconhecimento da filosofia, princípios e práticas dos CP, é uma das barreiras que influenciam as suas atitudes face à implementação de cuidados paliativos e de apoio ao recém-nascido e à sua família.^{3,9,19,30,31,35,36} Portanto, os currículos das escolas de enfermagem³⁷, os serviços e instituições de saúde²⁷ devem promover a formação em CP em diferentes níveis, e criar uma cultura que promova e apoie a filosofia dos CP^{3,9,38} e o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros.

Sendo uma área muito exigente e específica, os CPN requerem formação teórica, preparação técnica e treino de forma a garantir cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e que respondam às necessidades do recém-nascido e da família. Existem recomendações³⁹ para a formação de enfermeiros na área dos CP no nível básico, intermédio e especializado. O objetivo desta formação é compreender o conceito dos CP, avaliar e gerir os sintomas, a dor e o desconforto do recém-nascido, das crianças e dos jovens, adquirir competências de comunicação com estes grupos etários e suas famílias, e compreender o sofrimento, o processo de morrer, a morte e o luto. A aquisição de conhecimentos sobre o controlo dos sintomas, nomeadamente o controlo da dor, é essencial para garantir o conforto do recém-nascido e a redução do estresse parental. A formação em CP disponibiliza ferramentas e competências que permitem desmistificar a utilização de determinados medicamentos para alívio da dor em recém-nascidos, nomeadamente o uso de opiáceos. A equipa de saúde aprende a reconhecer os sinais e sintomas de dor e desconforto, avalia objetivamente o nível da dor e justifica o uso de medicamentos opioides, analgésicos e sedativos, promovendo a qualidade de vida do recém-nascido e de sua família e, por fim, a redução do desgaste emocional dos profissionais de saúde que cuidam da tríade.

Outra questão fundamental no treino e aquisição de competências em CP é a comunicação de más notícias,

inclusive aquelas relacionadas com o fim da vida. Os enfermeiros consideram um desafio e uma intervenção complexa dar más notícias aos pais⁴⁰, procedimento causador de sofrimento emocional, mas essencial para uma tomada de decisão centrada nas necessidades dos pais e do recém-nascido. A comunicação é a pedra fundamental dos CP e dos cuidados centrados na família (CCF), podendo ser uma barreira que influencia as atitudes dos enfermeiros face aos CP na UCIN, pois podem existir conflitos entre os pais e a equipa de saúde²², e dentro da própria equipa de saúde.^{31,36–38} O idioma, a cultura e a religião dos pais (mas também dos profissionais de saúde) podem ser um obstáculo^{27,36}, que dificulta a transmissão de informações sobre a condição clínica do recém-nascido, o diagnóstico e a tomada de decisão sobre as opções de cuidados curativos versus cuidados paliativos.³¹ Os pais podem não compreender e aceitar a decisão de iniciar os CP, exigindo a continuidade do tratamento ativo e suporte de vida^{22,27,36,38,41}, apresentando à equipa de saúde dilemas éticos e sofrimento emocional que podem dificultar a mudança dos cuidados curativos para os cuidados paliativos. De acordo com a filosofia dos CCF, as informações que os pais recebem devem ser consistentes, honestas e realistas⁷, e os pais devem ser incluídos na definição do plano de cuidados antecipatórios^{4,30,34}, permitindo que eles se adaptem a situações difíceis, pois os níveis de estresse parental podem diminuir se a equipa de saúde aderir consistentemente à prática do CCF, reduzindo inconsistências na implementação das intervenções e promovendo o uso da “mesma linguagem” pela equipa de saúde.

Outro tema descrito como uma barreira que influencia as atitudes dos enfermeiros face aos CPN são as condições desfavoráveis em que os cuidados paliativos são prestados.^{3,7,27,31,34–36,41} Um ambiente inadequado que não permite privacidade^{3,7,23,25} é percebido pelos enfermeiros como uma barreira para a prestação de cuidados paliativos. A grande maioria das UCIN caracteriza-se por ser um espaço amplo e aberto, onde convivem recém-nascidos, pais e equipa de saúde, diminuindo a privacidade e o conforto dos pais. A possibilidade de cuidar do recém-nascido em CP em quartos separados da UCIN permitiria aos pais usufruir do apoio de outros familiares, e também libertar as suas emoções e sentimentos em relação ao processo de sofrimento que estão a vivenciar. No entanto, esta opção exigiria mudanças estruturais e físicas da própria UCIN, e aumento do rácio dos enfermeiros, o que pode não ser possível por questões institucionais.^{27,38} A escassez de enfermeiros promove uma redução do rácio enfermeiro/recém-nascido, o que dificulta a disponibilidade dos enfermeiros para acompanhar e estar com os pais, para responder aos desejos dos pais e prestar todos os cuidados de conforto de que necessitam.^{12,18,27}

A cultura e o apoio institucional e organizacional podem ser uma barreira que influencia as atitudes dos enfermeiros em relação à implementação dos CPN.

A ausência de recomendações, protocolos, normas e políticas favorece a implementação ad hoc dos CPN^{42,43}, pois a tomada de decisões, as tarefas a serem desenvolvidas e as responsabilidades nas diferentes fases do processo

dependem da atitude de cada membro da equipa de saúde face aos CPN^{3,9,17,41,44}, promovendo inconsistência no cuidado e aumento do estresse parental e do estresse da equipa de saúde. A falta de diretrizes, protocolos ou políticas organizacionais^{9,21,22,24,26} pode promover situações em que a tomada de decisão não seja baseada nas necessidades do recém-nascido e de sua família.

A existência de recomendações, normas e políticas aliadas à possibilidade de consultar uma equipa de especialistas em CP pode reduzir barreiras e favorecer a tomada de decisão. Também as instituições hospitalares devem criar uma Equipa Intra-Hospitalar de Apoio em Cuidados Paliativos Pediátricos, dimensionada às características e necessidades locais que, sempre que a sua intervenção seja solicitada, possa prestar cuidados diretos e orientar na execução do plano individual de cuidados a crianças e jovens em situação de doença crónica complexa e seus familiares.

Uma barreira associada à implementação dos CPN está relacionada com o uso do termo “fim de vida” e o efeito que tem na prestação de cuidados. O termo “fim de vida”^{7,17,19,30,35,44}, relaciona os CP com morrer e morte. Essa relação entre CP e morte promove dilemas éticos e sofrimento moral nos enfermeiros²⁷, pois vivenciam sentimentos de fracasso pessoal³⁷ diante da morte e das expectativas e exigências dos pais^{27,34,38,41}, adotando intervenções relacionadas com a futilidade terapêutica, o sofrimento e a dificuldade de mudança do modelo de cuidados curativos para paliativos.^{7,19,30,34,41} No entanto, o foco dos CPN não está inteiramente no fim da vida e na morte, mas sim na vida e na possível transferência do recém-nascido para o domicílio. Esta forma de estar perante os CP, permite que o recém-nascido e a sua família vivam ao máximo as suas vidas enquanto lidam com condições médicas complexas⁴⁵, promovendo a parentalidade e o papel parental, experiências positivas e memórias para toda a família enquanto durar a vida do recém-nascido.

Relativamente aos instrumentos identificados para avaliar as atitudes dos enfermeiros face aos CPN, a entrevista é uma das técnicas utilizadas na investigação qualitativa e recolhe informação sobre a experiência e pontos de vista dos participantes. Sabendo que prestar CPN na UCIN pode sobrecarregar emocionalmente os enfermeiros, a entrevista é uma ferramenta adequada para explorar os problemas complexos que os enfermeiros vivenciam na sua prática e compreender como e porque as suas atitudes afetam a prestação de cuidados paliativos.

Com relação aos estudos quantitativos, nesta revisão *scoping* foi identificado apenas um instrumento para avaliar as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na UCIN – a NiPCAS.¹¹ As barreiras à prestação de CPN, nomeadamente as atitudinais, educativas, ambientais e institucionais, identificadas através de questionários ou escalas, em estudos que utilizaram uma abordagem quantitativa, são semelhantes às barreiras identificadas através das entrevistas, em estudos com abordagem qualitativa.

Limitações

Nesta revisão *scoping* foram apenas considerados como participantes os enfermeiros neonatais sendo excluídos outros profissionais de saúde, o que pode oferecer uma perspectiva diferente sobre as barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos em neonatologia. O conteúdo de alguns instrumentos, como as entrevistas, não estava disponível, portanto a análise dos estudos pode ter sido incompleta.

Conclusão

Esta revisão *scoping* incluiu 16 estudos cujo objetivo foi identificar as barreiras que influenciam as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos neonatais, e os instrumentos que permitem avaliar as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos na UCIN. Os resultados obtidos reforçam a necessidade dos enfermeiros neonatais responderem não só às exigências tecnológicas, mas também às exigências individuais do recém-nascido e dos pais, e àquelas que se colocam a si próprios enquanto pessoas. Os enfermeiros neonatais enfrentam uma série de barreiras que podem influenciar as suas atitudes face aos cuidados paliativos neonatais. A falta de experiência e formação em cuidados paliativos, e o défice de comunicação entre a equipa de saúde e a estabelecida com os pais, foram consideradas as maiores barreiras à prestação de cuidados paliativos neonatais. Assim, podemos dizer que é urgente e importante desenvolver e dinamizar programas de formação relacionados com os cuidados paliativos, nomeadamente os direcionados para a área da neonatologia, definir políticas e protocolos que especifiquem as tarefas e responsabilidades que cada profissional desenvolve nas diferentes fases do processo de cuidar, para reduzir o sofrimento moral e os dilemas éticos enfrentados pelos enfermeiros, diminuir o estresse parental e permitir intervenções focadas no recém-nascido e na sua família. Diferentes instrumentos são utilizados para avaliar as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos neonatais, no entanto, apenas um destes instrumentos é dedicado à área da Neonatologia. Mais pesquisas com outros profissionais de saúde são importantes para ajustar as intervenções e promover a melhoria dos cuidados paliativos neonatais.

Referências

1. Wolke D, Johnson S, Mendonça M. The Life Course Consequences of Very Preterm Birth. *Annu Rev Dev Psychol* [Internet] 2019 [cited 2021 Jan 15];1(1):69–92. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-devpsych-121719-061604>
2. Sataloff RT, Johns MM, Kost KM. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers.

- [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2021 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
3. Kilcullen M, Ireland S. Palliative care in the neonatal unit: Neonatal nursing staff perceptions of facilitators and barriers in a regional tertiary nursery. *BMC Palliat Care* [Internet] 2017 [cited 2021 Jan 3];16(1):1–12. Available from: <https://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3A%2F%2Fsearch.ebscohost.com%2Flogin.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26AuthType%3Dip%2Cshib%2Cuid%26db%3Dcmedm%26AN%3D28490381%26lang%3Dpt-pt%26site%3Dedslive%26scope%3D>
 4. Quinn M, Gephart S. Evidence for Implementation Strategies to Provide Palliative Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Adv Neonatal Care* (Lippincott Williams Wilkins) [Internet] 2016 [cited 2021 Jan 3];16(6):430–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27775989/>
 5. Dickson G. *A Perinatal Pathway for Babies with Palliative Care Needs* [Internet]. Bristol: 2017 [cited 2021 Mar 27]. Available from: www.togetherforshortlives.org.uk
 6. Alshehri H, Olausson S, Öhlén J, Wolf A. Factors influencing the integration of a palliative approach in intensive care units: A systematic mixed-methods review. *BMC Palliat Care* [Internet] 2020 [cited 2021 Feb 20];19(1). Available from: https://www.researchgate.net/publication/343148653_Factors_influencing_the_integration_of_a_palliative_approach_in_intensive_care_units_a_systematic_mixed-methods_review/link/5fc235aca6fdcc6cc677c24f/download
 7. Beckstrand RL, Isaacson RF, Macintosh JLBB, Luthy KE, Eden L. NICU Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care Obstacles. *J Neonatal Nurs* [Internet] 2019 [cited 2021 Jan 7];25(1):32–6. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85054506367&doi=10.1016%2Fj.jnn.2018.08.004&partnerID=40&md5=090eca08aea9a90f01877bd0680cd41>
 8. Kain V, Willkinson D. Neonatal palliative care in action: Moving beyond the rhetoric and influencing policy. *J Res Nurs* [Internet] 2013 [cited 2021 Feb 5];18(5):459–68. Available from: https://www.researchgate.net/publication/258155898_Neonatal_palliative_care_in_action_Moving_beyond_the_rhetoric_and_influencing_policy
 9. Oliveira F, Cleveland L, Darilek U, Silva A, Carmona E. Brazilian Neonatal Nurses' Palliative Care Experiences. *J Perinat Neonatal Nurs* [Internet] 2018;32(4):E3–10. Available from:
 10. Martin M. Missed opportunities: A case study of barriers to the delivery of palliative care on neonatal intensive care units. *Int J Palliat Nurs* [Internet] 2013 [cited 2021 Jan 20];19(5):251–6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/256098015_Missed_opportunities_A_case_study_of_barriers_to_the_delivery_of_palliative_care_on_neonatal
 11. Kain V, Gardner G, Yates P. Neonatal palliative care attitude scale: Development of an instrument to measure the barriers to and facilitators of palliative care in neonatal nursing. *Pediatrics* 2009;123(2).
 12. Forouzi A, Banazadeh M, Ahmadi R. Barriers of Palliative Care in Neonatal Intensive Care Units: Attitude of Neonatal Nurses in Southeast Iran. *Am J Hosp Palliat Med* 2017;34(3):205–11.
 13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol Theory Pract* 2005;8(1):19–32.
 14. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIEvid Synth* [Internet] 2020;18(10):219–26. Available from: https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2020/10000/Updated_methodological_guidance_for_the_conduct_of_4.4.spx
 15. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A, Khalil H. Scoping Reviews. In: Aromataris E MZ, editor. *JBIE Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020. page 406–51.
 16. Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018;169(7):467–73.
 17. Pereira A. End of life in neonatology: experiences of health professionals in neonatal palliative care. *Millennium - J Educ Technol Heal* [Internet] 2019 [cited 2021 Jan 5];2(9):91–8. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/17098>
 18. Sadeghi N, Hossein H, Seyyd A, Sadeghi S, Sadeghi M. Barriers to Palliative Care in the Neonatal Intensive Care Unit from Nurses' Perspective: A Qualitative Study. *Medical-Surgical Nurs J* [Internet] 2021;10(2):1–8. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=153832714&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 19. Kim S, Savage TA, Song M-KMK, Vincent C, Park CG, Ferrans CE, et al. Nurses' roles and challenges in providing end-of-life care in neonatal intensive care units in South

- Korea. *Appl Nurs Res* [Internet] 2019 [cited 2021 Jan 7];50(October):151204. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85074521131&doi=10.1016%2Fj.apnr.2019.151204&partnerID=40&md5=9d54a24d6a5f3ca9ccd8de7c9ea15e18>
20. Chin S, Paraszczuk A, Eckardt P, Bressler T. Neonatal Nurses' Perceptions of Palliative Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *MCN Am J Matern Child Nurs* [Internet] 2021;46(5):250–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.shib&db=ccm&AN=152213416&lang=pt-pt&site=ehost-live>
21. Kim S. Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Practice in Korean Neonatal Intensive Care Units. *Nurses' Perceptions End-of-Life Care Pract Korean Neonatal Intensive Care Units* [Internet] 2017;1. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.shib&db=ccm&AN=130413253&lang=pt-pt&site=ehost-live>
22. Silva E, Silva M, Silva D. Perception of health professionals about neonatal palliative care. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2019 [cited 2021 Jan 7];72(6):1707–14. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n6/0034-7167-reben-72-06-1707.pdf>
23. Azzizadeh Forouzi M, Banazadeh M, Ahmadi JS, Razban F. Barriers of Palliative Care in Neonatal Intensive Care Units. *Am J Hosp Palliat Med* 2017;34(3):205–11.
24. Abdel Razeq NM, Razeq A, Nadin M, Abdel Razeq NM. End-of-life Decisions at Neonatal Intensive Care Units: Jordanian Nurses Attitudes and Viewpoints of Who, When, and How. *J Pediatr Nurs* [Internet] 2019 [cited 2021 Jan 7];44(xxxx):e36–44. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.shib&db=ccm&AN=134252881&lang=pt-pt&site=ehost-live>
25. Kachlová M, Bužgová R. The attitudes of neonatological nurses to providing perinatal palliative care. *Kontakt* [Internet] 2021;23(4):240–6. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85124468341&doi=10.32725%2Fkont.2021.036&partnerID=40&md5=e0a5fb97ab8520b6fdafc8a199281824>
26. Cerratti F, Tomietto M, Della Pelle C, Kain V, Di Giovanni P, Rasero L, et al. Italian Nurses' Attitudes Towards Neonatal Palliative Care: A Cross-Sectional Survey. *J Nurs Scholarsh* [Internet] 2020;52(6):661–70. Available from: <http://10.0.4.87/inu.12600>
27. Salmani N, Rassouli M, Mandegari Z, Bagheri I, Tafti BF. Palliative Care in Neonatal Intensive Care Units: Challenges and Solutions. *Iran J Neonatol* [Internet] 2018;9(2):33–41. Available from: <http://10.0.86.22/ijn.2018.25521.1337>
28. Gibson K, Hofmeyer A, Warland J, Ahern K. Nurses Providing End-of-Life Care for Infants and Their Families in the NICU: A Review of the Literature. *Adv Neonatal Care* (Lippincott Williams Wilkins) [Internet] 2018;18(6):471–9. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.shib&db=ccm&AN=134450524&lang=pt-pt&site=ehost-live>
29. Oliveira F, Cleveland L, Darilek U, Borges Silva AR, Carmona E. Brazilian Neonatal Nurses' Palliative Care Experiences. *J Perinat Neonatal Nurs* [Internet] 2018;32(4):E3–10. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85055611682&doi=10.1097%2FJPN.0000000000000361&partnerID=40&md5=058f74ad287e620ff160380043d644d8>
30. Silva IN, Salim NR, Szylyt R, Sampaio PSS, Ichikawa CR de F, Santos MR dos. Knowing nursing team care practices in relation to newborns in end-of-life situations. *Esc Anna Nery* 2017;21(4):1–9.
31. Cerratti F, Tomietto M, Della Pelle C, Kain V, Di Giovanni P, Rasero L, et al. Italian Nurses' Attitudes Towards Neonatal Palliative Care: A Cross-Sectional Survey. *J Nurs Scholarsh* [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 7];52(6):661–70. Available from: <https://doi.org/10.1111/inu.12600>
32. Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, Hansen G, De Leeuw R, Lenoir S, et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: Physicians' self-reported practices in seven European countries. *Lancet* [Internet] 2000 [cited 2021 Feb 23];355(9221):2112–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9373868/>
33. Jung HN, Ju HO. Comparison of the Attitudes of Nurses and Physicians toward Palliative Care in Neonatal Intensive Care Units. *Korean J Hosp Palliat Care* [Internet] 2021;24(3):165–73. Available from: <http://10.0.56.139/jhpc.2021.24.3.165>
34. Kyc SJ, Bruno CJ, Shabanova V, Montgomery AM. Perceptions of Neonatal Palliative Care: Similarities and Differences between Medical and Nursing Staff in a Level IV Neonatal Intensive Care Unit. *J Palliat Med* [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 7];23(5):662–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31808706/>
35. Nurse S, Price J. 'No second chance' – Junior neonatal nurses experiences of caring for an infant at the end-of-life and their family. *J Neonatal Nurs* [Internet] 2017 [cited 2021 Jan 7];23(2):50–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2016.04.008>

36. Dombrecht L, Piette V, Deliens L, Cools F, Chambaere K, Goossens L, et al. Barriers to and Facilitators of End-of-Life Decision Making by Neonatologists and Neonatal Nurses in Neonates: A Qualitative Study. *J Pain Symptom Manag* [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 7];59(3):599. Available from: <http://10.0.3.248/j.jpainsymman.2019.10.007>
37. Marc-Aurele KL, English NK. Primary palliative care in neonatal intensive care. *Semin Perinatol* [Internet] 2017 [cited 2021 Jan 3];41(2):133–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2016.11.005>
38. Ismail MSM, Mahrous E, Mokbel RA, S. Mahrous E, Mokbel RA. Facilitators and Barriers for Delivery of Palliative Care Practices among Nurses in Neonatal Intensive Care Unit. *Int J Nurs Heal Sci* [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 5];6(01):18–28. Available from: https://www.researchgate.net/publication/339377481_Facilitators_and_Barriers_for_Delivery_of_Palliative_Care_Practices_among_Nurses_in_Neonatal_Intensive_Care_Unit
39. World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. 2nd ed. London: 2014 [cited 2021 Feb 10]. Available from: <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>
40. Marçola L, Zoboli I, Polastrini R, Barbosa S. Breaking bad news in a Neonatal Intensive Care: the parent's evaluation. *Rev Paul Pediatr* [Internet] 2020 [cited 2021 Mar 15];38:6. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v38/pt_1984-0462-rpp-38-e2019092.pdf
41. Chin SDN. Neonatal Nurses' Perceptions of Providing Palliative Care in the Neonatal Intensive Care Unit. 2020;
42. Catlin A, Carter B. Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. *J Perinatol* [Internet] 2002 [cited 2021 Jan 5];22(3):184–95. Available from: <https://www.nature.com/articles/7210687.pdf>
43. Carter BS. Providing palliative care for newborns. *Pediatr Ann* [Internet] 2004 [cited 2021 Jan 5];33(11):770–7. Available from: https://www.researchgate.net/publication/8167038_Providing_Palliative_Care_for_Newborns
44. Razeq A, Nadin M. End-of-life Decisions at Neonatal Intensive Care Units: Jordanian Nurses Attitudes and Viewpoints of Who, When, and How. *J Pediatr Nurs* [Internet] 2019 [cited 2021 Jan 7];44:e36–44. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.10.014>
45. Himmelstein BP. Palliative care for infants, children, adolescents, and their families. *J Palliat Med* [Internet] 2006 [cited 2021 Feb 15];9(1):163–81. Available from:

Experiências de ter vivido com afasia de Broca: uma *scoping review*

Resumo

Introdução

A afasia de Broca, uma afasia não fluente, é uma condição frustrante com extenso impacto psicológico, familiar e social. Os relatos das pessoas que já recuperaram ou já se conseguem expressar são essenciais para aumentar o conhecimento sobre a experiência de viver com a afasia de Broca. A-FROM é uma estrutura concebida para organizar o pensamento sobre o impacto de viver com afasia e inclui quatro domínios-chave: *Ambiente de comunicação e linguagem*, *Linguagem e deficiências relacionadas*, *Identidade pessoal, atitudes e sentimentos*, e *Participação em situações da vida*. A intervenção de enfermagem é central para otimizar a recuperação e influenciar positivamente a experiência de viver com sucesso com esta condição clínica.

Objetivo

Mapear a evidência científica sobre a experiência das pessoas que viveram um período de afasia de Broca.

Métodos

Foi realizada uma *Scoping Review* seguindo a metodologia do Instituto Joanna Briggs. A revisão foi baseada na pergunta de investigação: "Como é que a pessoa relata a experiência de ter vivido um período de afasia de Broca?", formulada de acordo com a estratégia PCC. A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas MEDLINE®, CINAHL®, Psychology and Behavioral Sciences Collection e Scopus em Novembro de 2022. Os artigos foram selecionados com base nos critérios de elegibilidade. A revisão seguiu a lista de verificação PRISMA-ScR EQUATOR.

Resultados

Dezassete artigos publicados entre 1961 e 2022 foram incluídos. Os dados obtidos foram agrupados de acordo com os domínios-chave da ferramenta A-FROM. As informações relacionadas com *Identidade pessoal, atitudes e sentimentos*, e *Participação em situações da vida* foram as mais citadas, seguidas por *Linguagem e deficiências relacionadas* e *Ambiente de comunicação e linguagem*.

Conclusão

Profissionais de saúde, intervenções terapêuticas, espiritualidade, esperança, contexto, interações e fatores psicossociais influenciam a experiência da afasia de Broca. É essencial continuar a investigar como as pessoas relatam a experiência de terem vivido um período de afasia de Broca para melhorar a qualidade dos cuidados e a qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave

Afasia, Broca; Comunicação; Distúrbios da linguagem; Eventos de Mudança de Vida; Enfermagem; Revisão da Literatura como Tópico.

Ana Frade¹

 orcid.org/0000-0002-0590-4290

Vanda Pinto²

 orcid.org/0000-0001-7047-1498

Lúisa D'Espiney³

 orcid.org/0000-0002-9018-0134

¹Estudante de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

²Doutoramento. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

³Doutoramento. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Autor de correspondência

Ana Inês de Almeida Frade

E-mail: ana.ines.frade@esel.pt

Recebido: 14.11.22

Aceite: 02.02.23

Como citar este artigo: Frade A, Pinto V, D'Espiney L. Experiências de ter vivido com afasia de Broca: uma *scoping review*. Pensar Enf [Internet]. 2023 Mar; 27(1):17-31. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.213>



Introdução

A afasia, um distúrbio linguístico adquirido, pode afetar a capacidade de uma pessoa para compreender ou formular linguagem¹. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a causa mais comum². A afasia de Broca é uma afasia de expressão, uma afasia não fluente, e atualmente, é aceite que existam duas variantes principais³. Numa pura afasia de Broca, danos extensos envolvem a área de Broca, os campos frontais circundantes, a matéria branca subjacente e os gânglios basais⁴. Na afasia de Broca, ocorre uma perda drástica da fluência da fala⁴. A capacidade de nomear e repetir é perturbada, mas a compreensão oral é normalmente normal para a linguagem coloquial³. Uma das alterações mais substanciais é a perda da capacidade de introduzir algumas regras na forma da fala. A lógica de sequenciar os elementos constituintes pode estar correta e, no entanto, não existirem partículas de ligação ou conjugação de verbos³. Estas alterações criam um compromisso da comunicação e afetam a qualidade de vida e o bem-estar⁵. A afasia de Broca é uma condição frustrante com extenso impacto psicológico, familiar e social, onde a pessoa está frequentemente consciente das suas dificuldades de comunicação^{2,5}. Devido à individualidade de cada pessoa, contexto e etiologia da lesão, a afasia de Broca é uma experiência única e idiossincrática⁶.

Viver com afasia: uma estrutura de Medição de Resultados (A-FROM) é uma estrutura desenhada para compreender, orientar e organizar o pensamento relacionado com o impacto de viver com afasia⁷. Foi adaptada da Classificação Internacional de Funcionamento, Deficiência e Saúde (ICF) da Organização Mundial de Saúde e incorporou conceitos de outros modelos, tais como o modelo canadiano do Processo de Criação de Deficiência⁸. É uma abordagem ampla e não prescritiva da medição de resultados que considera o impacto da afasia em áreas importantes da vida das pessoas com afasia e das suas famílias. Foi concebido para ajudar os profissionais de saúde e investigadores a pensar nos resultados da afasia, abordando vários fatores que afetam o sucesso de viver com afasia⁷.

A estrutura A-FROM engloba quatro domínios-chave, que são dinâmicos, sobrepõem-se e interagem entre si: *Ambiente de comunicação e linguagem* (qualquer elemento exterior à pessoa que facilita ou atua como barreira à comunicação, incluindo atitudes individuais/sociais, atributos do parceiro ou fatores físicos); *Linguagem e deficiências relacionadas*; *Identidade pessoal, atitudes e sentimentos* e *Participação em situações da vida* (envolvimento em relações, funções e atividades diárias)⁹.

Devido ao compromisso na comunicação, as pessoas com afasia enfrentam frequentemente barreiras no acesso à informação sobre saúde¹⁰. A sua capacidade de transmitir sintomas, questionar, solicitar cuidados e expressar sentimentos, necessidades, vontades e decisões relativas aos seus cuidados de saúde está comprometida¹⁰. Na enfermagem, compreender e ser compreendido enquanto se comunica é crucial para a qualidade dos cuidados de saúde e para satisfazer as necessidades dos cuidados de saúde do paciente¹¹. As intervenções de enfermagem são centrais para promover uma comunicação eficaz e terapêutica,

otimizando a recuperação e influenciando positivamente a experiência de viver com sucesso com esta condição clínica¹².

As pessoas que experienciam a afasia de Broca não podem comunicar as mudanças nesse momento. Devido a isto, relatos de pessoas que recuperaram da afasia ou que já se podem expressar são vitais para compreender a experiência da afasia de Broca¹³. A narração do “mundo interno” é uma fonte vital de informação para compreender a experiência de viver sem linguagem¹³. A experiência é o que nos acontece, o que nos toca e quando nos atinge, molda-nos e transforma-nos¹⁴. Neste contexto, o conhecimento da experiência é sobre o significado do que aconteceu¹⁴, como a pessoa interpreta, compreende e explica esta experiência, o que pressupõe uma reflexão individual¹⁵. As experiências de doença estão cheias de significados¹⁶, que só podem ser compreendidas através do significado atribuído por aqueles que as vivenciaram. Compreender a experiência individual da pessoa que passou por um período de afasia de Broca, a partir de uma perspetiva retrospectiva e não de uma experiência vivida imediatamente, aumenta a compreensão do fenómeno e revela verdades subjetivas. A experiência é sempre subjetiva, individual e única, incluindo a experiência da afasia de Broca.

Numa pesquisa preliminar não foi encontrada nenhuma revisão da literatura sobre a experiência de ter vivido um período de afasia de Broca, a partir da perspetiva das pessoas que viveram esta condição clínica. Assim, a elevada prevalência de AVC's, sendo a principal causa da afasia² e o impacto deste distúrbio linguístico na vida da pessoa, justificaram a necessidade de desenvolver esta *Scoping Review*. Além de mapear e relatar as evidências existentes, esta revisão irá clarificar conceitos-chave e identificar lacunas no conhecimento sobre a experiência de ter vivido com afasia de Broca¹⁷. É crucial diminuir o fosso entre a perspetiva das pessoas que viveram este fenómeno e as perspetivas externas sobre a afasia¹⁸.

Objetivos

O principal objetivo desta *Scoping Review* é mapear a evidência científica disponível sobre a experiência dos adultos que viveram um período de afasia de Broca de acordo com a sua perspetiva, independentemente da etiologia. Mais especificamente, o objetivo desta revisão é identificar o que as pessoas relatam sobre a sua experiência de afasia de Broca, o impacto e as mudanças, os sentimentos e necessidades que emergiram, os fatores que influenciaram a experiência, o apoio e os recursos que tiveram e que gostariam de ter tido, sempre na perspetiva do indivíduo.

Explorar as experiências das pessoas com afasia pode melhorar a qualidade dos cuidados¹⁹. Assim, a compreensão adquirida nesta revisão e a translação destes conhecimentos para a prática podem melhorar os cuidados de saúde prestados às pessoas com afasia de Broca, incluindo a qualidade dos cuidados de enfermagem, através da implementação de intervenções de enfermagem mais eficientes que respondam às necessidades desta população.

Este conhecimento também pode ser importante para pessoas com outras perturbações linguísticas e pode contribuir para melhorar os resultados em saúde.

Métodos

Foi desenvolvida uma *Scoping Review* seguindo a metodologia do Instituto Joanna Briggs como um guia para uma pesquisa transparente que permite compreender e replicar todo o caminho²⁰. A revisão foi baseada na questão da investigação: "*Como é relatada pela pessoa a experiência de ter vivido um período de afasia de Broca?*". Foi formulada de acordo com a estratégia PCC: P=População (adultos que experienciaram afasia de Broca); C=Conceito (relato da experiência de afasia de Broca); C=Contexto (ambulatório e hospitalar). Este estudo adere à lista de verificação PRISMA-ScR EQUATOR.

Crítérios de Elegibilidade

Crítérios de inclusão do estudo:

- População: adultos com 19 anos ou mais (de acordo com a definição de adulto da Organização Mundial de Saúde²¹) sem limite máximo de idade, que tenham vivido um período de afasia de Broca (ou afasia de expressão ou afasia não fluente) ou que ainda se encontrem em recuperação mas que sejam capazes de se expressar.
- Conceito: A experiência da afasia de Broca na perspetiva dos participantes, independentemente da etiologia da afasia de Broca. O que as pessoas relatam (por exemplo, citação direta, dados de entrevistas) sobre a experiência de afasia de Broca, o impacto, mudanças, sentimentos, necessidades específicas, estratégias e recursos utilizados, fatores que influenciaram a experiência e que apoios e recursos gostariam de ter tido.
- Contexto: contexto ambulatório e hospitalar.
- Estudos primários, artigos teóricos, revisões da literatura e relatos de experiências em inglês, espanhol e português, independentemente do ano de publicação, publicados em revistas periódicas, com acesso ao texto integral.

Crítérios de exclusão do estudo:

- População: crianças; participantes que são diagnosticados apenas com outros tipos de afasia; participantes que têm afasia crónica (afasia crónica foi definida como coexistindo pelo menos há um ano após a lesão que a causou²²); participantes que não se conseguem expressar; participantes que têm dificuldades de comunicação resultantes de perda sensorial, demência, delírio, ou coma; participantes que são diagnosticados apenas com perturbações motoras da fala resultantes de fraqueza muscular ou descoordenação.
- Conceito: experiências apenas da perspetiva de cuidadores, cônjuges, amigos, e profissionais de saúde.

Fontes de informação e estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada em Novembro de 2022. Foi adotada uma estratégia que engloba três fases²⁰. A primeira etapa incluiu uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE® (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online Complete) e CINAHL® (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Complete), utilizando termos em linguagem natural. Posteriormente, os títulos e as palavras dos resumos foram analisados, assim como as palavras indexadas utilizadas para descrever o artigo, o que nos permitiu identificar termos de pesquisa relevantes para esta *Scoping Review*. Na segunda fase, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE®, CINAHL®, Psychology and Behavioral Sciences Collection (via EBSCO) e Scopus utilizando termos de pesquisa em linguagem natural e termos de indexação DeCS e MeSH em todos os campos dos artigos sem selecionar um campo específico, aplicando os operadores booleanos "OR" e "AND", como explicitado na Tabela 1. A terceira fase da pesquisa incluiu a análise das listas de referências dos artigos selecionados para esta revisão, a fim de encontrar estudos complementares importantes para responder à pergunta de investigação.

Tabela 1 – Termos de pesquisa utilizados nas bases de dados

CINAHL	MEDLINE	PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES COLLECTION	SCOPUS
(Narrati* OR (MH "Narratives") OR (MH "Narrative Medicine") OR (MH "Life Histories") OR (MH "Reports"))	(Narrati* OR (MH "Narration") OR (MH "Narrative Medicine") OR Life Histories OR Report*)	(Narrati* OR Life Histories OR Report*)	(Narrati* OR Life Histories OR Report*)
AND	AND	AND	AND
((Experience* OR (MH "Life Experiences") OR (MH "Life Change Events") OR (MH "Psychosocial Aspects of Illness") OR Psychosocial adjustment)	((Experience* OR Life Experience* OR (MH "Life Change Events") OR Psychosocial Aspects of Illness OR Psychosocial adjustment)	((Experience* OR Life experience* OR Life Change Events OR Psychosocial Aspects of Illness OR Psychosocial adjustment)	((Experience* OR Life experience* OR Life Change Events OR Psychosocial Aspects of Illness OR Psychosocial adjustment)
AND	AND	AND	AND
(Aphasi* OR (MH "Aphasia, Broca") OR (MH "Speech Disorders") OR Communicat* Disorders OR Communicat* Difficulties))	(Aphasi* OR (MH "Aphasia, Broca") OR (MH "Speech Disorders") OR Communicat* Disorders OR Communicat* Difficulties))	(Aphasi* OR Broca Aphasia OR Speech Disorders OR Communicat* Disorders OR Communicat* Difficulties))	(Aphasi* OR Broca Aphasia OR Speech Disorders OR Communicat* Disorders OR Communicat* Difficulties))

Seleção das fontes de evidência

Após a pesquisa nas bases de dados, os artigos identificados foram transferidos para a ferramenta eletrônica Rayyan® para organizar os resultados e remover os duplicados. A seleção dos estudos foi efetuada de acordo com os critérios de elegibilidade de inclusão e exclusão. Começou-se com a leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura do texto completo dos estudos identificados para elegibilidade. Os estudos que não preenchiam os critérios de inclusão foram excluídos. Dois revisores efetuaram a seleção das fontes de evidência. O consenso dos revisores independentes resolveu as discrepâncias na inclusão ou exclusão dos artigos.

Colheita de dados e síntese dos resultados

Para extrair informação relevante dos estudos incluídos na revisão, foi construído um instrumento (tabela) no Microsoft Excel®, baseado nas diretrizes do Instituto Joanna Briggs²⁰. Este quadro inclui informação sobre o(s) autor(es), ano de publicação, país, objetivos, participantes, metodologia, etiologia da afasia, conceito (experiência de afasia de Broca) e contexto.

Resultados

Seleção das fontes de evidência

Um total de 1012 artigos foram obtidos a partir da pesquisa nas bases de dados CINAHL®, MEDLINE®, Psychology and Behavioral Sciences Collection e Scopus.

Após a remoção dos duplicados, foram obtidos 961 artigos. A seleção dos estudos foi efetuada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Após leitura do título e resumo, 905 artigos foram excluídos porque não estavam relacionados com o tema e não cumpriam os critérios de inclusão. 56 artigos foram procurados para recuperação, mas não foi possível recuperar 2 artigos. 54 artigos foram avaliados para elegibilidade. Após análise, 44 artigos foram excluídos: 15 porque os participantes eram pessoas com afasia crônica; 23 por não abordarem a experiência da afasia de acordo com a perspectiva do participante; 2 porque o foco não era o fenómeno em estudo e 4 porque abordam somente outros tipos de afasia. Destes artigos, 10 foram incluídos na revisão. Da análise das referências dos estudos incluídos, foram adicionados mais 7 artigos, totalizando 17 artigos no final. O fluxograma do PRISMA 2020²⁰ (Figura 1) apresenta o processo de seleção dos estudos.

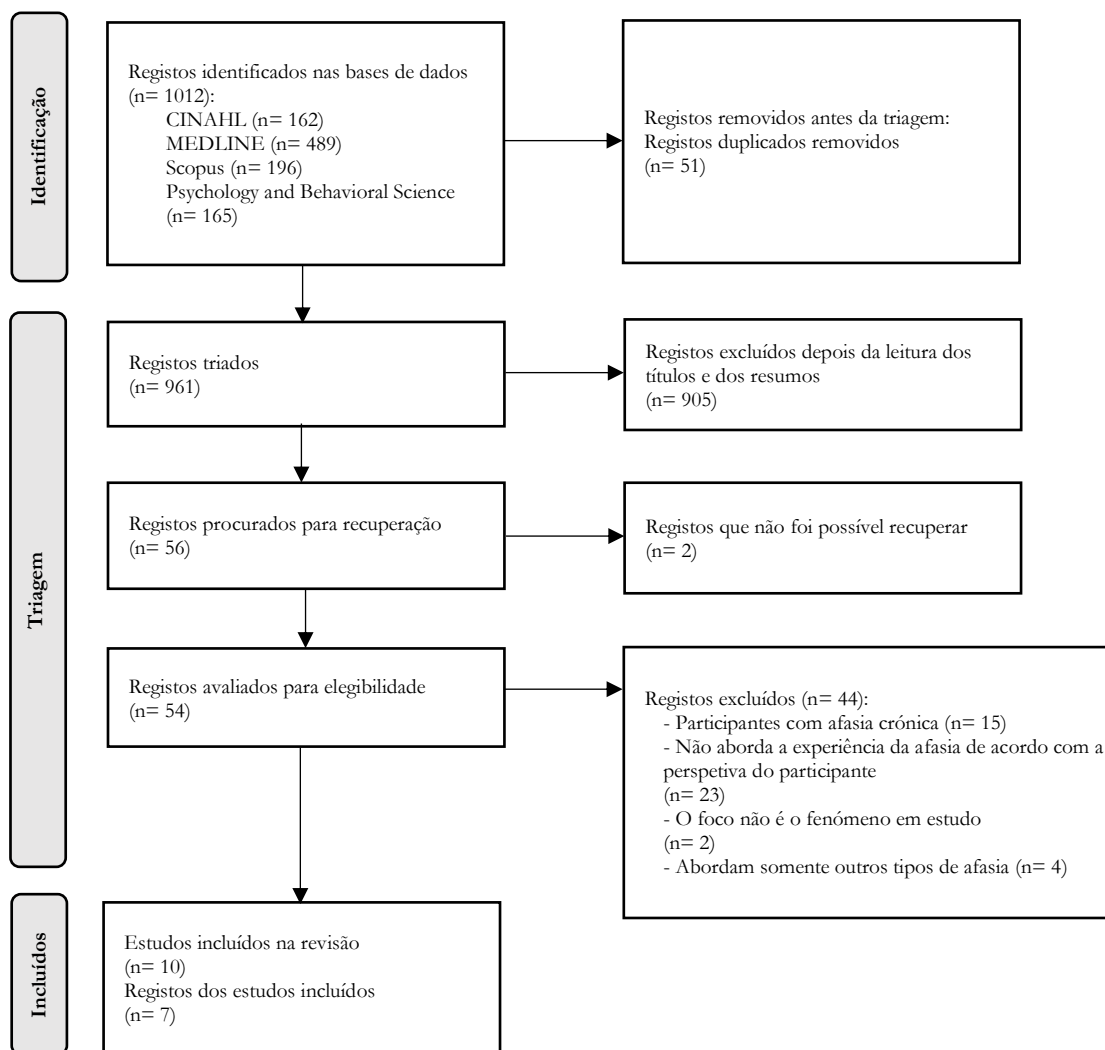


Figura 1 - PRISMA 2020 flow chart¹⁵

Características dos estudos incluídos

Foram identificados dezassete artigos publicados entre 1961 e 2022. Foram desenvolvidos sete estudos na Austrália^{23,24,29,30,31,37,38}, cinco nos Estados Unidos da América^{26,32,33,34,35}, dois no Reino Unido^{27,36}, um na Holanda²⁸, um na Nova Zelândia²⁵ e um na Argentina¹³. A metodologia utilizada nos artigos selecionados variou entre estudos qualitativos primários^{23,24,25,26,27,28,30,31,33,34,36,37,38}, relatórios de experiência^{29,32} e artigos teóricos que contêm relatos de experiência na primeira pessoa^{13,35}. A etiologia da afasia nos artigos analisados foi, na sua grande maioria, o AVC.

É essencial afirmar a dificuldade em encontrar estudos apenas com pessoas diagnosticadas com afasia de Broca. A justificação provavelmente é porque, na maioria das situações, o maior problema ocorre na expressão, mas muitas vezes não é único, rigoroso, específico e não ocorre isoladamente. Na pesquisa efetuada, não foi encontrado nenhum artigo exclusivamente sobre a experiência da afasia

de Broca com participantes que apenas experienciaram afasia de Broca, sem outros distúrbios linguísticos associados. Um artigo relata a experiência de afasia de Broca e de apraxia de fala³⁵. Ainda assim, todos os artigos selecionados para esta revisão incluem participantes diagnosticados com afasia de Broca, ou afasia de expressão ou afasia não fluente.

Apenas um estudo relata explícita e em específico o impacto da escrita na experiência da afasia de Broca³⁶. Todos os outros artigos incluídos nesta revisão abordam principalmente, ou apenas, as perturbações linguísticas relativas à comunicação oral.

Síntese dos resultados

A análise dos estudos selecionados permitiu-nos responder à questão de investigação. Os resultados extraídos desta *Scoping Review* variaram entre o impacto da afasia de Broca, que afeta as diferentes dimensões de uma pessoa, fatores inibidores e fatores facilitadores de viver com sucesso com esta condição clínica. A seguinte Tabela 2 permite visualizar

os resultados extraídos dos artigos analisados e enquadrá-los com a questão e objetivos da revisão.

Tabela 2 – Extração dos resultados

Autore(s)/ano/ país	Objetivos	Metodologia	População	Conceito: experiência de Afasia de Broca	Contexto
S1 - Ardila A e Rubio-Bruno S ¹³ 2017 Argentina	Analisar como as pessoas com afasia experimentam o mundo e o que relatam sobre a experiência de viver sem linguagem	Artigo teórico (contém um relato de experiência na primeira pessoa)	Adultos com afasia, incluindo adultos com afasia de Broca	<ul style="list-style-type: none"> - As pessoas com afasia vivem num mundo cognitivo idiossincrático. O mundo cognitivo interno é alterado pela ausência de linguagem. As estratégias cognitivas precisam de ser reorganizadas ("<i>Tive de reinventar o mundo à minha volta porque este universo estava só em palavras</i>"); a inteligência (verbal) está comprometida; - Na afasia, apenas estímulos externos estão disponíveis. Perde-se uma dimensão particular do mundo (linguagem) e apenas a informação visual-percetual permanece ("<i>E de repente as palavras desapareceram</i>"); - As competências não verbais são por vezes afetadas na afasia; - "<i>Já não era importante descobrir a beleza, uma vez que esta não pode ser expressa em palavras</i>". 	Não especificado
S2 - Armstrong E et al. ²³ 2012 Australia	Apresentar histórias de viver com afasia	Qualitativa	Duas pessoas com afasia de expressão que já se podem expressar e uma pessoa que teve afasia (não especificada) mas recuperou rapidamente	<ul style="list-style-type: none"> - Durante a hospitalização, era importante encontrar pessoas para não se sentirem isoladas ou a única com um problema; - Frustração devido a dificuldades e falhas, e com algumas atividades terapêuticas (dificuldade ou não ser capaz de executar tarefas simples); - Ênfase na utilização do humor para ajudar; - Importância da independência para dirigir a própria recuperação da comunicação; - Leitura quotidiana do jornal para ajudar a recuperar a linguagem; - Conversar com os animais em casa para praticar a fala; - Sentimento que pode ajudar-se a si próprio de forma mais eficaz do que os terapeutas da fala; - Era importante sentir-se ligado à família e aos amigos e falar com eles. 	Ambulatório
S3 - Baker C et al. ²⁴ 2020 Australia	Descrever, na perspetiva das pessoas com afasia, a experiência de mudanças de humor, depressão e prática atual; descrever as preferências no âmbito de uma abordagem de cuidados psicológicos faseados.	Qualitativa	Dez adultos com afasia, incluindo adultos com afasia de expressão	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os participantes experimentaram mudanças de humor, mas não experimentaram cuidados psicológicos graduais na reabilitação; - O início é traumático, com mudanças negativas de humor e depressão, com consequências emocionais, sociais e comportamentais negativas (evasão social, humor baixo persistente, tristeza e afastamento da reabilitação); - As pessoas tentam ultrapassar as dificuldades de comunicação e disposição com apoio psicológico limitado e serviços de reabilitação (o baixo humor e a depressão raramente são abordados e as pessoas nem sempre são apoiadas para serem independentes ou tomarem decisões sobre reabilitação com impacto no humor); - Positividade, apoio à comunicação e acesso a intervenções terapêuticas individualizadas seriam essenciais, através de cuidados psicológicos graduais para melhorar os resultados da reabilitação. 	Ambulatório e Hospitalar
S4 - Bright F et al. ²⁵ 2013 Nova Zelândia	Explorar como a esperança foi experienciada por pessoas com afasia e identificar os fatores que a influenciam	Qualitativa: descrição interpretativa	Cinco pessoas com afasia: uma com afasia de Broca, três com afasia anômica e uma com afasia de condução	<ul style="list-style-type: none"> - A esperança é fluida, muda frequentemente e num curto espaço de tempo, e é importante; - Parece estar relacionada com a forma como as pessoas se envolvem na reabilitação e pode ser influenciada; - Fatores que influenciam a esperança: família, amigos, profissionais de saúde (quer apoiando ou reduzindo) e outros pacientes; incerteza sobre o futuro; ver a esperança com uma dupla face (aspecto positivo e negativo) e uma sensação de disrupção (na identidade e/ou envolvimento em atividades significativas). 	Ambulatório

<p>S5 - Carcello K e Susan M²⁶ 2020 Estados unidos da América</p>	<p>Obter uma maior compreensão do uso terapêutico dos blogs para os sobreviventes de AVC com afasia numa perspectiva psico-socio-emocional</p>	<p>Análise qualitativa indutiva do conteúdo</p>	<p>Cinco sobreviventes de AVC com afasia: dois com afasia de Broca e três com um tipo desconhecido de afasia</p>	<p>Os participantes utilizavam blogs para explorar o que era viver com afasia: - Dificuldade em comunicar, escrever e interagir com outros expressando as suas respostas emocionais e experiências pessoais; - Perda das palavras: "<i>Estou constantemente a tentar encontrar a palavra que preciso</i>"; a devastação da afasia e o impacto emocional: "<i>o discurso em que eu costumava confiar para viver desapareceu...Dói ter de procurar palavras</i>". - Processo de escrita: "<i>por vezes não me consigo lembrar da palavra que quero. Por vezes, deixo de fora várias palavras. A minha ortografia é horrível. Mas o que mais me dói é a gramática ... esta coisa de escrever é difícil</i>"; - A afasia afeta a autoexpressão e muitas vezes a auto-concepção e identidade: "<i>Antes, eu podia falar de forma inteligente e pensar corretamente. Depois disto, estou virtualmente mudo (...)</i>".</p>	<p>Não especificado</p>
<p>S6 - Clancy L et al.²⁷ 2018 Reino Unido</p>	<p>Explorar a experiência dos sobreviventes de AVC com afasia, prestadores de cuidados e profissionais de saúde</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Seis sobreviventes de AVC com afasia (incluindo adultos com afasia de expressão), dez prestadores de cuidados e seis profissionais de saúde</p>	<p>- A afasia tem um impacto emocional; - "Interações" e "contexto" podem ajudar ou dificultar o processo de fazer sentido, a carga emocional e o envolvimento na reabilitação; - Foram identificados três grandes temas: "<i>estar num país estrangeiro</i>", "<i>encontrar uma voz</i>" e "<i>ser apenas um número</i>".</p>	<p>Ambulatório e Hospitalar</p>
<p>S7 - Dalemans RJ et al.²⁸ 2010 Holanda</p>	<p>Explorar como as pessoas com afasia percebem a sua participação na sociedade e investigar os fatores que a influenciam, centrando-se nas experiências e perspectivas individuais</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Treze adultos com afasia (incluindo adultos com afasia de expressão) e doze prestadores de cuidados</p>	<p>- O envolvimento e o sentimento de pertença em atividades sociais (a qualidade das atividades é mais importante do que a quantidade); - As pessoas com afasia sentem-se isoladas, mas querem sentir-se envolvidas; - Sentimento de ser um fardo para os outros, de querer funcionar normalmente; - Incapacidade de trabalhar regularmente, desejando contribuir de outras formas; - Sentir-se estigmatizado, desejando ser respeitado; - Fatores que influenciam o envolvimento na participação social: • Fatores pessoais: motivação, condição física e psicológica e capacidades de comunicação; • Fatores sociais: o papel cuidador central e as características do(s) parceiro(s) de comunicação, nomeadamente vontade, aptidões e conhecimentos; • Fatores ambientais: paz no lar e familiaridade.</p>	<p>Ambulatório</p>
<p>S8 - Green C e Waks L²⁹ 2008 Australia</p>	<p>Partilhar a recuperação da linguagem (capacidade de expressão) de uma pessoa com afasia</p>	<p>Relato de experiência</p>	<p>Adulto com afasia de expressão que recuperou muito</p>	<p>- "<i>Não tinha palavras para me expressar</i>"; "<i>No hospital, não lidam bem com afasia ou problemas de linguagem. Se uma pessoa não consegue comunicar, todo o sistema colapsa</i>"; "<i>Tive de reconstruir a minha vida</i>"; "<i>O progresso tem sido muito lento</i>"; "<i>Descobri que mesmo as coisas mais simples eram difíceis</i>"; "<i>Contactar com uma pessoa que passou por uma situação semelhante na reabilitação deu-me um vislumbre de esperança</i>"; - Quando chegou a casa não quis entrar e sentiu que já não pertencia lá, como um estranho na sua própria casa. Embora ele fosse amado, a vida mudou; - "<i>Quatro meses depois, só tinha uma mão cheia de palavras</i>"; "<i>Senti que tinha perdido a coisa mais importante da minha vida. Não vi o futuro</i>"; "<i>Quem me dera não estar vivo</i>"; Nove meses após o AVC, teve de renunciar à sua posição; "<i>Eu estava a recuperar a linguagem com o tempo, mas não conseguia ver isso</i>"; "<i>Senti que a linguagem estava presa</i>"; "<i>Aprendi a desfrutar novamente da vida</i>"; "<i>A recuperação é extremamente difícil, e as pessoas sentem que perderam algo e lamentam</i>"; "<i>Perdemos os nossos sonhos, a esperança e o futuro planeado</i>"; "<i>Perdemos a nossa confiança</i>".</p>	<p>Ambulatório</p>
<p>S9 - Grohn B et al.³⁰ 2012 Australia</p>	<p>Descrever a experiência dos primeiros três meses após o AVC; identificar os fatores que facilitam o sucesso de saber viver com afasia</p>	<p>Qualitativa: um estudo prospetivo longitudinal</p>	<p>Quinze pessoas com afasia, incluindo adultos com afasia de expressão</p>	<p>- Fatores que facilitam o sucesso de viver com afasia: - Estar envolvido na recuperação ser independente. sentir-se no controlo da vida e ter um objetivo na vida; - Realizar atividades para melhorar a comunicação: ler, sudoku, Scrabble, escrever uma lista de compras, utilizar o computador e o telefone, trabalhos de casa prescritos por terapeutas; - Apoio social e envolvimento da família e amigos (incluindo a utilização de estratégias de comunicação) para ajudar a restaurar a confiança e a sentir-se competente; - Conhecer pessoas no hospital e terapia de grupo (fonte de apoio, coragem e motivação);</p>	<p>Ambulatório e Hospitalar</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Importância da reabilitação, terapia da fala e profissionais de saúde (importante na recuperação da linguagem, para interações sociais, fonte de informação, motivação, coragem e confiança); - Adaptação (utilizando estratégias para melhorar a comunicação); - Ter uma perspectiva positiva (otimismo, esperança, determinação e gratidão); - A incapacidade de participar em atividades que definem o papel e a identidade anterior leva à angústia sobre o futuro e tem impacto sobre a identidade/<i>self</i>. 	
<p>S10 - Grohn B et al.³¹</p> <p>2014</p> <p>Austrália</p>	<p>Descrever a perspetiva interior do que é importante para viver com sucesso com afasia e as mudanças no primeiro ano</p>	<p>Qualitativa: estudo prospetivo longitudinal</p>	<p>Quinze pessoas com afasia, incluindo adultos com afasia de expressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A perceção de melhorias na comunicação; - Avançando ativamente através de ações positivas e envolvimento em atividades significativas; - Apoio social, família e amigos; - Manter positividade sobre o futuro. 	<p>Ambulatório</p>
<p>S11 - Hall WA³²</p> <p>1961</p> <p>Estados Unidos da América</p>	<p>Não mencionado</p>	<p>Relato de experiência</p>	<p>Um adulto que experienciou afasia de expressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidade de comunicar sentimentos; - Não aceitar a incapacidade de falar; - Sentimentos de piedade e piedade da família e outros; - Sentimentos de autorrejeição e de inutilidade recebidos com palavras reconfortantes em vez de rejeição; - Visitas invadiram o mundo privado; - Ansiedade; - A fala e a escrita eram incompatíveis com processos de pensamento simultâneos; - O discurso era inadequado para a competição e o sucesso no mercado de trabalho; - A importância da terapia da fala e da psicoterapia na reabilitação da fala. 	<p>Hospitalar</p>
<p>S12 - Holland AL et al.³³</p> <p>2010</p> <p>Estados Unidos da América</p>	<p>Fornecer ideias sobre tópicos/conteúdo para tratamento que sejam significativas para as pessoas com afasia</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Trinta e três adultos com afasia (vinte e nove com afasia não fluente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falar sobre as suas experiências de vida, restabelecer a ligação com as famílias e concentrar-se na comunicação sobre os seguintes tópicos: <ul style="list-style-type: none"> • História da vida; • Orações, testemunhos, discursos e palestras; • Interesses externos; • Fazer planos; • Falar com a família e outras pessoas e falar sobre trabalho; • Pesquisar ou fornecer informações (sobre estranhos, sobre a família; fazer e responder a perguntas); • Fazer um pedido num restaurante; • Telefone. 	<p>Não especificado</p>
<p>S13 - Laures-Gore JS et al.³⁴</p> <p>2018</p> <p>Estados Unidos da América</p>	<p>Explorar a experiência espiritual dos adultos com afasia, para compreender o papel da espiritualidade na recuperação</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Treze adultos com afasia, incluindo adultos com afasia de expressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A espiritualidade pode contribuir para a recuperação, compreensão e aceitação das mudanças da vida (estratégia de sobrevivência): como um poder maior no controlo dos acontecimentos e como auxiliar; - Outras pessoas são essenciais para a recuperação da afasia (relações sociais imbuidas de significado espiritual), que oferecem uma melhor qualidade de vida, a oportunidade de praticar a linguagem e motivação para a comunicação, que são importantes na procura de significado; - Outras formas de lidar espiritualmente com o stress podem amplificar as reações negativas ao stress e levar as pessoas a adotar comportamentos inadequados. 	<p>Não especificado</p>
<p>S14 - Simmons-Mackie N e Kagan A³⁵</p> <p>2007</p> <p>Estados Unidos da América</p>	<p>Descrever a afasia utilizando a ICF Organização Mundial de Saúde; abordar o impacto dos fatores contextuais na experiência da afasia e a participação em atividades de vida</p>	<p>Artigo teórico (contém um relatório de experiência na primeira pessoa)</p>	<p>Um adulto relata a sua experiência de afasia de Broca e de apraxia da fala</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Experiência de severas limitações de atividade e restrições de participação; - Proteção da família, eliminação de responsabilidades e evitar atividades, que criam barreiras à participação em situações da vida. - Sentimentos de incompetência e dependência (níveis de confiança, otimismo e identidade pessoal são influenciados pelo ambiente social e desempenho. Quando a confiança e a autoestima diminuem, são criadas barreiras pessoais à participação). - A terapia concentrou-se em (1) melhorar a fala e a linguagem expressiva, (2) obter as capacidades comunicativas necessárias para realizar as tarefas domésticas, (3) aprender estratégias compensatórias para participar em interações, (4) regressar às atividades (5) reduzir as barreiras à participação (formação dos parceiros para ajudar a eliminar as barreiras de atitude e terapia de grupo para desenvolver capacidades de conversação e confiança). 	<p>Não especificado</p>

<p>S15 - Thiel L e Conroy P³⁶ 2022 Reino Unido</p>	<p>Explorar as experiências de pessoas com afasia que vivem com dificuldades de escrita relacionadas com a linguagem e o impacto nas suas vidas</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Oito pessoas com afasia pós AVC e dificuldades de escrita (incluindo adultos com afasia de Broca)</p>	<p>- A participação na sociedade, autoestima e confiança foi afetada por dificuldades de escrita.</p>	<p>Ambulatório</p>
<p>S16 - Worrall L et al.³⁷ 2011 Australia</p>	<p>Compreender o que as pessoas com afasia pretendem dos serviços; descrever os objetivos das pessoas com afasia; codificar os objetivos de acordo com a ICF</p>	<p>Qualitativa: Descriptive</p>	<p>Cinquenta adultos com afasia pós-AVC, incluindo adultos com afasia de expressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desejo de voltar à vida anterior, comunicar necessidades básicas e opiniões (sentimentos de frustração, desesperança, isolamento e depressão); - A afasia tinha uma prioridade mais elevada do que as deficiências físicas; - Necessidade de a reabilitação da comunicação estar ligada à vida real e de fomentar a confiança; - Desejo de informação sobre a afasia (a comunicação comprometida dificultava a obtenção de informação adequada), serviços disponíveis, prognóstico, fases da terapia e da reabilitação (ter informação que permitisse tomar o controlo e participar nas decisões sobre a terapia e a reabilitação); - Desejo de mais terapia da fala, maior autonomia, dignidade e respeito; - Importância do envolvimento em atividades sociais, de lazer e de trabalho, bem como a recuperação da saúde física; - Desejo de ajudar os outros; - Os objetivos estão sobretudo ligados a Atividades e Participação, Fatores Ambientais, Funções Corporais, e Estruturas, e Fatores Pessoais. 	<p>Ambulatório</p>
<p>S17 - Worrall LE et al.³⁸ 2017 Australia</p>	<p>Determinar os fatores que contribuem para o sucesso de saber viver bem com afasia nos primeiros doze meses após um AVC</p>	<p>Qualitativa: estudo de coorte longitudinal prospetivo</p>	<p>Cinquenta e oito adultos com afasia, incluindo adultos com afasia de expressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maior rendimento familiar, maior dimensão da rede social, ser mulher e ter afasia mais suave foram positivamente associados; - Níveis educacionais de graduação ou pós-graduação, humor em baixo e mau funcionamento físico foram negativamente associados à participação; - Os aspetos psicossociais foram os preditores mais significativos; - Os profissionais podem ajudar os cônjuges a comunicar eficazmente com a pessoa com afasia, ajudar a regressar ao trabalho, assegurando que a pessoa com afasia está segura e bem cuidada e assegurar que têm acesso à informação. 	<p>Ambulatório e Hospitalar</p>

Legenda: S – Estudo

Estes resultados foram agrupados de acordo com as dimensões da estrutura A-FROM⁹ e são apresentados na Tabela 3, para facilitar a visualização e interpretação dos dados. No campo da *Ambiente de comunicação e linguagem*, foram incluídos todos os elementos externos à pessoa que afetam positiva e negativamente a comunicação e linguagem, tais como os serviços e atitudes de outras pessoas. O domínio da *Linguagem e deficiências relacionadas* incluem mudanças na linguagem e no processo de comunicação e fatores facilitadores e inibidores que influenciam a recuperação. A dimensão da *Identidade pessoal, atitudes e sentimentos* compreende informação relacionada

com a forma como os pacientes se vêem a si próprios, como vêm afasia e enfrentam o futuro, sentimentos e atitudes, bem como fatores facilitadores e inibidores. A área de *Participação em situações da vida* inclui dados sobre relações, papéis, responsabilidades, participação em atividades e condições facilitadoras e inibidoras⁹. Os dados associados à identidade pessoal, atitudes e sentimentos, e participação em situações de vida, foram mais frequentemente mencionados nesta revisão bibliográfica, seguidos pela linguagem e deficiências relacionadas e o ambiente de comunicação e linguagem, respetivamente.

Tabela 3 – Apresentação dos resultados (adaptado de A-FROM)⁷

EXPERIÊNCIA DE AFASIA DE BROCA	
AMBIENTE DE COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM	<p>Fatores facilitadores - Estratégias de apoio e de comunicação; intervenções terapêuticas individualizadas; interações e contexto; família e cuidadores; terapia da fala e profissionais de saúde; "Encontrar uma voz" (a voz de um ente querido); apoio social^{S3S6S9}.</p> <p>Fatores inibidores - Serviços de reabilitação limitados; ambiente hospitalar (ruidoso, acelerado, em constante mudança, não propício a uma comunicação eficaz; utilização inconsistente de estratégias de comunicação); interações e contexto; dificuldade no hospital em lidar com pessoas com afasia^{S3S6S8}.</p>
LINGUAGEM E DEFICIÊNCIAS RELACIONADAS	<p>Experiência - Dificuldade ou incapacidade em comunicar através das palavras (incluindo a expressão de sentimentos e experiências pessoais); dificuldade em escrever; o mundo cognitivo interno está alterado; as competências não verbais podem ser afetadas; só restam estímulos externos e informação visual-percetiva, que adquirem particular importância; a inteligência (verbal) está comprometida; "Tinba a linguagem presa"; necessidade de utilizar estratégias para melhorar a comunicação; a fala e a mão eram incompatíveis com processos de pensamento simultâneos; bloqueio ou dificuldade em aceder a informação e a serviços^{S1S5S8S9S11S16}.</p> <p>Fatores facilitadores - Ler o jornal todos os dias; falar com os animais; Independência para dirigir a própria recuperação da comunicação; sensação de se poder ajudar a si próprio; positividade; intervenções terapêuticas individualizadas; esperança; estratégias de comunicação; leitura, sudoku, Scrabble, escrever uma lista de compras, usando o computador, telefone, trabalhos de casa prescritos por terapeutas; reabilitação, terapia da fala e profissionais de saúde; espiritualidade^{S2S3S4S9S11S13}.</p> <p>Fatores inibidores - A recuperação é extremamente difícil e o progresso é muito lento^{S8}.</p>
IDENTIDADE PESSOAL, ATITUDES E SENTIMENTOS	<p>Experiência - Devastação e impacto emocional; necessidade de reinventar o mundo à volta e reconstruir a vida, que mudou completamente; mudanças na interpretação emocional do mundo; sentimento de frustração devido a dificuldades, fracassos e com algumas das atividades terapêuticas; mudanças negativas de humor e depressão, com consequências emocionais, sociais e comportamentais negativas (evasão social, humor em baixo, tristeza persistente e afastamento da reabilitação); sensação de "estar num país estrangeiro" (incerteza, desconhecido, confusão) e o choque de estar doente; sensação de rutura; experiência de rutura biográfica com a necessidade de dar sentido a esta nova realidade; sensação de ser apenas um número, sem ser visto como um indivíduo único e sensação de isolamento; sensação de ser um fardo para os outros; frequentemente sentem-se estigmatizados, mas desejam ser respeitados; sentir-se um estranho na sua própria casa (sensação de não pertença); sensação de ter perdido o mais importante e de se arrependem; incapacidade de prever um futuro; sensação de não querer estar vivo; perda de sonhos, de esperança, do futuro planeado e de confiança; sentimentos de angústia sobre o futuro; impacto na identidade/<i>self</i>; não aceitar a incapacidade de falar; sentimentos de pena e piedade dos outros, autorrejeição e sentimento de inutilidade; ansiedade; sentimentos de incompetência e dependência; diminuição da confiança, do otimismo e da autoestima; sentimentos de frustração, desesperança, isolamento; desejo de regressar à vida anterior e de comunicar as suas necessidades e opiniões^{S1S2S3S5S6S7S8S9S11S14S15S16}.</p> <p>Fatores facilitadores - Utilização do humor; conhecer pessoas no hospital, em terapia de grupo e na relação estabelecida com os terapeutas (fonte de apoio, coragem e motivação); família e amigos; acesso a intervenções terapêuticas individualizadas através de cuidados psicológicos graduais; ter uma visão positiva (otimismo, esperança, determinação e gratidão); esperança; interações e contexto; cuidadores; sentimento de ser ouvido pela equipa; recuperação; "Encontrar uma voz" (a sua própria voz); contacto com uma pessoa que tenha passado por uma situação semelhante; sentir-se amado; percepção de melhorias na comunicação, envolvimento em atividades significativas; manter a positividade sobre o futuro; terapia da fala e psicoterapia; espiritualidade; maior rendimento familiar, autoavaliação da vida bem sucedida com afasia e ter afasia mais leve^{S2S3S4S6S8S9S10S11S13S17}.</p> <p>Fatores inibidores - Algumas atividades terapêuticas (dificuldade ou incapacidade em executar tarefas simples); apoio psicológico e serviços de reabilitação limitados (humor em baixo e depressão raramente são abordados na reabilitação); interações e contexto; procedimentos são feitos para as pessoas em vez de serem feitos com as pessoas; o foco dos profissionais de saúde estava na sua condição física, contribuindo para a falta de atenção às necessidades psicológicas e objetivos sociais; ser infantilizado e despersonalizado; visitas que invadem o mundo privado^{S2S3S6S11}.</p>
PARTICIPAÇÃO EM SITUAÇÕES DE VIDA	<p>Experiência - Dependência dos outros; frequente incapacidade para trabalhar; desejo de contribuir para a comunidade de outras formas; necessidade de desistir do emprego; limitações de atividades severas, dificuldade em executar tarefas, necessitando de mais tempo para executar atividades; restrições de participação; incapacidade de competir e de ter sucesso no mercado de trabalho; impacto na participação na sociedade^{S5S6S7S8S9S11S14S15}.</p> <p>Fatores facilitadores - Ter uma visão positiva (otimismo, esperança, determinação e gratidão); recuperação; independência; interações e contexto; "Encontrar uma voz"; grau de envolvimento, empenho e sentimento de pertença em atividades sociais (a qualidade das atividades é mais importante que a quantidade), lazer e trabalho; motivação, condição física e psicológica e competências comunicacionais; cuidador e as características do(s) parceiro(s) de comunicação (vontade, aptidões e conhecimentos); paz no lar e familiaridade; sentimento de estar no comando ou no controlo da vida e de ter um objetivo na vida; falar sobre experiências de vida, restabelecer a ligação com a família e focar-se na comunicação sobre temas que lhes sejam significativos; terapia da fala e estratégias de comunicação compensatórias; redução de barreiras à participação (formação e aconselhamento de parceiros e terapia de grupo); informação sobre a afasia, serviços disponíveis, prognóstico e fases de reabilitação; dignidade e respeito; maior rendimento familiar, maior rede social, ser do sexo feminino e ter afasia mais leve^{S2S3S6S7S9S10S12S14S16S17}.</p> <p>Fatores inibidores - As pessoas nem sempre são apoiadas para serem independentes ou tomarem decisões; interações e contexto; funcionamento físico e fadiga; proteção da família, removendo responsabilidades; barreiras pessoais internas (medo do fracasso, sentimentos de incompetência e dependência, baixa confiança, baixa autoestima e negativismo); níveis de escolaridade de graduação ou pós-graduação, humor deprimido^{S3S6S9S14S17}.</p>

Legend: S – Study

S1 - Ardila A and Rubio-Bruno S, 201713; S2 - Armstrong E et al., 201223; S3 - Baker C et al., 202024; S4 - Bright F et al., 201325 ; S5 - Carcello K and Susan M, 202026; S6 - Clancy L et al., 201827; S7 - Dalemans RJ et al., 201028; S8 - Green C and Waks L, 200829; S9 - Grohn B et al., 201230; S10 - Grohn B et al., 201431; S11 – Hall WA, 196132; S12 - Holland AL et al., 201033; S13 - Laures-Gore JS et al., 201834; S14 - Simmons-Mackie N and Kagan A, 200735; S15 - Thiel L and Conroy P, 202236; S16 - Worrall L et al., 201137; S17 - Worrall LE et al., 201738

Identidade pessoal, atitudes e sentimentos

Emergiu a necessidade de reinventar o mundo e reconstruir a vida, bem como o impacto negativo da afasia^{S1,S2,S3,S5,S6,S7,S8,S9,S11,S14,S15,S16}.

- Nível emocional: frustração, depressão, sentimento de isolamento e estigmatização, de "estar num país estrangeiro", de ser um fardo para os outros, de não aceitar a incapacidade de falar e não querer estar vivo, diminuição da confiança e autoestima, angústia, sentimentos de autorrejeição e inutilidade, ansiedade, sentimentos de incompetência, diminuição do otimismo e desesperança;

- Nível social e comportamental: evasão social e desligação da reabilitação;

- Identidade: sentimento de rutura e experiência de rutura biográfica com necessidade de dar sentido à sua nova realidade.

Os fatores facilitadores que influenciam esta dimensão abrangem^{S2,S3,S4,S6,S8,S9,S10,S11,S13,S17}:

- Condições internas: uso do humor, esperança, recuperação da linguagem, otimismo, determinação e gratidão, espiritualidade, e ter afasia suave;

- Condições externas: interações e contexto, família, amigos e prestadores de cuidados, contactar com uma pessoa que passou por uma situação semelhante, terapia da fala e psicoterapia.

Os fatores inibidores que surgiram incluem intervenções terapêuticas: incapacidade ou dificuldade em realizar algumas atividades terapêuticas, apoio psicológico limitado e serviços de reabilitação, os procedimentos serem feitos para as pessoas e não com pessoas, os profissionais de saúde concentram-se na condição física, o que contribui para a falta de atenção às necessidades psicológicas e despersonalização^{S2,S3,S6,S11}.

Participação em situações da vida

A informação relacionada com esta dimensão foi a segunda mais mencionada. O impacto negativo foi evidente nos papéis (dependência de outros), responsabilidades e atividades (incapacidade de trabalhar, com a necessidade de desistir do emprego, dificuldade em executar tarefas e restrições de participação)^{S5,S6,S7,S8,S9,S11,S14,S15}. Um estudo aborda especificamente o impacto das dificuldades de escrita na participação social^{S15}.

Neste domínio, os fatores facilitadores incluem^{S2,S3,S6,S7,S9,S10,S12,S14,S16,S17}:

- Condições internas: recuperação, sentimento de controlo, independência, envolvimento, compromisso e sentimento de pertença em atividades sociais, motivação, condição física e psicológica, ter um propósito na vida, aprender estratégias de comunicação compensatórias, ser mulher e ter afasia mais suave;

- Condições externas: o contexto, interações, cuidador, terapia da fala, condição clínica, informação de recuperação, maior rendimento familiar e maior rede social. Os fatores inibidores compreendem^{S3,S6,S9,S14,S17}:

- Barreiras internas: medo do fracasso, sentimentos de incompetência e dependência, baixa confiança, baixa autoestima e otimismo, níveis educacionais de graduação

ou pós-graduação, humor em baixo e mau funcionamento físico;

- Elementos externos: interações e contexto, as pessoas nem sempre foram apoiadas para serem independentes ou para tomarem decisões e proteção da família.

Linguagem e deficiências relacionadas

Foi a terceira dimensão mais mencionada. Neste contexto, foram identificados: dificuldade ou incapacidade de comunicar através das palavras, na sua maioria oralmente mas também por escrito; dificuldade em expressar sentimentos e experiências pessoais; mudanças no mundo cognitivo interno; competências não verbais por vezes afetadas; inteligência (verbal) estava comprometida e a fala e a mão eram incompatíveis com processos de pensamento simultâneos^{S1,S5,S8,S11}. Isto torna complexo aceder a informação e a serviços de forma adequada e a necessidade de utilizar outras estratégias para melhorar a comunicação^{S1,S8,S9,S11,S16}. Apenas um estudo aborda explicitamente as dificuldades de escrita e refere-se ao seu impacto na participação social, autoestima e confiança^{S15}.

Como fatores facilitadores da recuperação da afasia surgiram o desempenho de atividades (falar com os animais, ler, sudoku, rabiscar, escrever uma lista de compras, usar o computador e o telefone, e os trabalhos de casa prescritos pelos terapeutas); as forças internas (esperança, espiritualidade, sentimento de poder ajudar-se a si próprio) e as ajudas externas (reabilitação, terapia da fala e profissionais de saúde)^{S2,S3,S4,S9,S11,S13}. Como aspetos negativos, a recuperação é complicada e o progresso é penoso^{S8}.

Ambiente de comunicação e linguagem

Finalmente, os dados dentro do âmbito deste domínio foram os menos mencionados.

Como fatores positivos emergiram: apoio à comunicação e acesso a intervenções terapêuticas individualizadas; interações e contexto; a família e os cuidadores; "encontrar uma voz" através da voz de um ente querido; sentir-se ouvido pela equipa; apoio social; utilização de estratégias de comunicação e o papel da terapia da fala e dos profissionais de saúde^{S3,S6,S9}.

Foram identificados fatores que têm uma influência negativa, nomeadamente: serviços de reabilitação limitados; o ambiente hospitalar (ruidoso, acelerado, em constante mudança, não conducente a uma comunicação eficaz e à utilização inconsistente de estratégias de comunicação); as interações e o contexto e a incapacidade do hospital para lidar com a pessoa com afasia^{S3,S6,S9}.

Discussão**Resumo da evidência**

Os resultados desta *Scoping Review* estão alinhados com o impacto da afasia nas necessidades fundamentais descritas por Thompson (2014)¹. Correspondendo à *Identidade pessoal, atitudes e sentimentos*, Thompson (2014)¹ defende que a afasia

tem impacto na identidade; afeto (pela dificuldade em expressar emoções e afeto) e as pessoas sentem-se tidas como uma presença física e não como uma pessoa. Relativamente à *Participação em situações da vida*, Thompson (2014)¹, afirma que a afasia tem impacto na liberdade (é uma ameaça à autonomia e as pessoas têm dificuldade em expressar escolhas e reclamar direitos), na participação (com sentimentos de isolamento) e na subsistência (pela incapacidade de comunicar verbalmente). No âmbito da *Linguagem e deficiências associadas*, a afasia afeta a proteção (devido à dificuldade em pedir apoio e à incapacidade de alertar)¹.

A afasia de Broca tem um efeito negativo tremendo e o impacto psicossocial desta condição clínica foi claro. Foi também claro que as intervenções terapêuticas^{S3}, contexto e interações^{S6}, profissionais de saúde^{S9,S11,S17}, esperança^{S4}, espiritualidade^{S13} e fatores psicossociais influenciam a experiência da afasia de Broca.

Segundo Thompson e McKeever (2014)³⁹, a afasia tem um impacto negativo nas relações ao negar o acesso a redes de apoio, o que leva ao isolamento. A afasia também resulta numa "perda de si próprio", intensificada por estratégias inadequadas de comunicação em matéria de cuidados de saúde³⁹.

Relativamente à influência das intervenções terapêuticas e dos profissionais de saúde, um estudo desenvolvido para explorar os fatores que influenciam a satisfação e insatisfação das pessoas com afasia relativamente aos seus cuidados de saúde identificou sete áreas de cuidados¹⁹. Duas destas áreas são a Forma e os Métodos de Prestação de Serviços (relacionadas com o comportamento individual dos profissionais de saúde, a abordagem dos profissionais de saúde aos cuidados de saúde, a personalidade de um profissional de saúde, o nível de inclusão da pessoa com afasia, a compreensão demonstrada à pessoa, o nível de envolvimento na tomada de decisões, estabelecimento de objetivos e atividades terapêuticas) e Informação, Comunicação e Conhecimento¹⁹.

Acerca da esperança, um estudo realizado concluiu que a esperança poderia ser importante para as pessoas com afasia, e os autores identificaram a sua experiência de duas maneiras: *Simplemente "ter" esperança* (sentimento amplo, mas passivo, que parece ser a principal forma de esperança) e *Esperança ativa* (uma forma de esperança ativa e orientada para o futuro)^{S4}. Nesse mesmo estudo, a esperança parece estar relacionada com a forma como as pessoas se envolvem na reabilitação e como ela pode influenciá-la. Os fatores que influenciam a esperança foram identificados como: família; amigos; profissionais de saúde (quer apoiando ou reduzindo) e outros pacientes; incerteza sobre o futuro; ver a esperança com uma dupla face (aspeto positivo e negativo) e um sentimento de perturbação (na identidade e/ou envolvimento em atividades significativas)^{S4}. Estes fatores são influenciados por experiências passadas, realidade presente e perceção do futuro^{S4}. Em consonância com isto, um estudo desenvolvido mais recentemente concluiu que o apoio social, a sensação de progresso e o envolvimento em atividades e interações significativas parecem essenciais para

apoiar as pessoas a (re)desenvolver esperanças no seu futuro⁴⁰.

Na esfera da espiritualidade, de acordo com um estudo^{S13}, esta pode ser considerada de duas formas: como um poder superior que é importante para a compreensão de si próprio, para a recuperação, para a melhoria da comunicação, para o controlo dos acontecimentos e para dirigir a recuperação, o que não envolve muita atividade pessoal; e/ou como uma relação com um poder superior como fonte de ajuda e força, com práticas religiosas e espirituais mais frequentes (procurando o Sagrado para conforto, apoio e para compreender o significado da afasia). Outras pessoas podem também ser essenciais para a recuperação da afasia (relações sociais imbuídas de significado espiritual) que oferecem uma melhor qualidade de vida, uma oportunidade de praticar a linguagem, motivação para a comunicação e são essenciais na procura de significado^{S13}. Ainda assim, outras formas de enfrentamento espiritual podem ser associadas a severo sofrimento existencial neste contexto. Podem ampliar as reações adversas ao stress e levar as pessoas a envolverem-se em comportamentos inadequados^{S13}.

Relativamente às interações e ao contexto^{S6}, pode ajudar ou dificultar o sentido da experiência, a carga emocional e a forma como o paciente se envolve na reabilitação. Num estudo realizado, foram identificados três grandes temas: "*estar num país estrangeiro*", "*encontrar uma voz*", e "*ser apenas um número*"^{S6}. "*Estar num país estrangeiro*" inclui incerteza e confusão relativamente à condição, ao hospital, à dependência dos outros e ao choque de estar doente agravado pelo ambiente da enfermaria (ruidoso, acelerado, em constante mudança, não conducente a uma comunicação eficaz e ao uso inconsistente de estratégias de comunicação); "*Encontrar uma voz*" foi fundamental para dar sentido ao que aconteceu e para a adaptação^{S6}. Sentir que "*ser apenas um número*", em vez de ser visto como um indivíduo único, está relacionado com a perspetiva de que o foco dos profissionais de saúde é a condição física, contribuindo para a falta de atenção às necessidades psicológicas e objetivos sociais, com a perceção de que a equipa se concentra nos procedimentos técnicos da reabilitação e não na pessoa^{S6}.

Limitações do estudo

A pesquisa foi realizada em apenas quatro bases de dados e apenas foram incluídos artigos escritos em inglês, português e espanhol, o que pode ter limitado o acesso a outros artigos com contribuições relevantes para esta revisão. Outra limitação é que não foi possível aceder ao texto integral de dois artigos. É importante salientar que a não inclusão de teses, dissertações e literatura "cinzenta" nesta revisão pode ter contribuído para não obter evidências científicas importantes, o que também pode representar uma limitação.

Conclusão

Esta revisão visava mapear a evidência científica disponível sobre a experiência das pessoas que passaram por um período da afasia de Broca. A *Scoping Review* permitiu-nos

responder à questão da investigação e aprofundar a compreensão do fenómeno em estudo. Mais precisamente, permitiu reconhecer o impacto negativo e as mudanças resultantes da afasia de Broca, os sentimentos associados, as necessidades específicas, os fatores que influenciaram a experiência, que apoio e recursos as pessoas gostariam de ter tido, do ponto de vista daqueles que passaram por esta condição clínica. Neste estudo, os dados relacionados com a *Identidade Pessoal, atitudes, sentimentos e Participação em situações da vida* foram os mais frequentemente mencionados na literatura, seguidos da *Linguagem e deficiências relacionadas* e do *Ambiente de comunicação e linguagem*, respetivamente, no que diz respeito à experiência da afasia de Broca.

A importância dos profissionais de saúde, intervenções terapêuticas, espiritualidade, esperança, contexto, interações e fatores psicossociais, ficaram claras no cuidar de doentes com afasia de Broca.

O conhecimento adquirido nesta *Scoping Review* permite aos profissionais de saúde compreenderem mais aprofundadamente as necessidades das pessoas com afasia de Broca e implementar melhorias adequadas nos cuidados de saúde e na prestação de serviços¹⁹. Isto inclui melhorias nos cuidados de enfermagem, que irão promover o bem-estar, aumentar a segurança, reduzir os danos e melhorar a satisfação com os cuidados prestados.

Esta revisão demonstra que é essencial continuar a investigar como as pessoas relatam a experiência de terem vivido um período de afasia de Broca para compreender melhor a experiência e as necessidades desta população e melhorar continuamente a assistência das pessoas com esta condição clínica. Considerando a dificuldade nesta revisão em encontrar estudos realizados exclusivamente com pessoas diagnosticadas com afasia de Broca, como sugestão para investigações futuras, seria pertinente investigar como as pessoas relatam a experiência de terem vivido um período de afasia de Broca, incidindo exclusivamente em participantes que tenham recuperado completamente deste tipo específico de afasia. Além disso, seria pertinente investigar a prática atual relativa ao ensino sobre a experiência da afasia de Broca em profissões relacionadas com a saúde, incluindo a enfermagem. Também seria útil estudar o impacto do que já é conhecido sobre a experiência desta condição clínica na gestão de cuidados de saúde em contextos que prestam cuidados a pessoas com afasia de Broca.

Referências

- Thompson J, McKeever M. Improving support for patients with aphasia. *Nursing Times* [Internet] 2014 [cited 2022 Nov 7]; 110(25):18-20. Available from: <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2014/06/180614-Improving-support-for-patients-with-aphasia.pdf>
- Sundin K, Jansson L, Norberg A. Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *J Clin Nurs*. 2000;9(4):481-8. doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00379.x.
- Caldas A. A herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do comportamento humano. Amadora: McGraw-Hill; 1999.
- Damásio A. Aphasia. *The New England Journal of Medicine*. 1992;326:531-539. doi: [10.1056/NEJM199202203260806](https://doi.org/10.1056/NEJM199202203260806).
- Pallavi J, Perumal RC, Krupa M. Quality of communication life in individuals with broca's aphasia and normal individuals: a comparative study. *Ann Indian Acad Neurol*. 2018;21(4):285-289. doi.org/10.4103/aian.AIAN_489_17
- Frade AI, Pinto VM, d'Espiney L. O valor das estratégias aumentativas e alternativas de comunicação para os adultos com afasia de Broca: uma revisão narrativa da literatura. *Cadernos de Saúde*. 2022;14(1):12-20. doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.11483
- Kagan A, Simmons-Mackie N, Rowland A, Huijbregts M, Shumway E, McEwen S, Threats T, Sharp S. Counting what counts: a framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*. 2008;22(3):258-280. doi.org/10.1080/02687030701282595
- Noreau L, Fougereyrollas P, Vincent C. The LIFE-H: assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*. 2002;14(3):113-118. doi.org/10.3233/TAD-2002-14306
- Kagan A. A-FROM in Action at the Aphasia Institute. *Seminars in Speech and Language*. 2011;32(3):216-228. doi.org/10.1055/s-0031-1286176
- Frade AIA, d'Espiney L, Pinto VM. Vulnerability, health information right and the contributions of augmentative and alternative communication for people with aphasia. *Clinical Ethics* [Internet] 2022 [cited 2022 Nov 7]; doi.org/10.1177/14777509221105397 Epub ahead of print
- Sundin K, Jansson L. 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon--in care of patients with stroke and aphasia. *J Clin Nurs*. 2003;12(1):107-16. doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x
- Poslawsky IE, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdóttir TB. A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *J Clin Nurs*. 2010;19(1-2):17-32. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03023.x

13. Ardila A, Rubio-Bruno S. Aphasia from the inside: the cognitive world of the aphasic patient. *Appl Neuropsychol Adult*. 2018;25(5):434-440. doi.org/10.1080/23279095.2017.1323753
14. Bondía JL. Notes on the experience and the knowledge of experience. *Braz J Educ*. 2002;19:20-28. doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003
15. Amatuzzi MM. Experiência: um termo chave para a psicologia. Memorandum [Internet] 2007 [cited 2022 Nov 4]; 13:8-15. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6699>
16. Lira GV Nations MK, Catrib AMF. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar?. *Texto & Contexto Enfermagem* 2004;13(1):147-155.
17. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141-146. doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050
18. Parr S. Psychosocial aspects of aphasia: whose perspectives? *Folia Phoniatr Logop*, 2001;53:266-288. doi.org/10.1159/000052681
19. Tomkins B, Siyambalapatiya S, Worrall L. What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction. *Aphasiology*, 2013;27(8):972-991. doi.org/10.1080/02687038.2013.811211
20. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIMES-20-12*. The Joanna Briggs Institute; 2020. doi.org/10.46658/JBIMES-20-12
21. World Health Organization. World Health Organization Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva, Switzerland; 2013. Available from <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>
22. Luck AM, Rose ML. Interviewing people with aphasia: insights into method adjustments from a pilot study. *Aphasiology*. 2007;21(2):208-224. doi.org/10.1080/02687030601065470
23. Armstrong E, Hersh D, Hayward C, Fraser J, Brown M. Living with aphasia: three indigenous Australian stories. *Int J Speech Lang Pathol*. 2012;14(3):271-80. doi.org/10.3109/17549507.2011.663790
24. Baker C, Worrall L, Rose M, Ryan B. It was really dark: the experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. *Aphasiology*. 2020;34(1):19-46. doi.org/10.1080/02687038.2019.1673304
25. Bright FAS, Kayes NM, McCann CM, McPherson KM. Hope in people with aphasia. *Aphasiology*. 2013;27(1):41-58. doi.org/10.1080/02687038.2012.718069
26. Carcello K, McLennon S. Personal road map for recovery: examining the therapeutic use of weblogs by stroke survivors with aphasia. *Disabil Rehabil*. 2022;44(10):1933-1938. doi.org/10.1080/09638288.2020.1812122
27. Clancy L, Povey R, Rodham K. Living in a foreign country: experiences of staff-patient communication in inpatient stroke settings for people with post-stroke aphasia and those supporting them. *Disabil Rehabil*. 2020;42(3):324-334. doi.org/10.1080/09638288.2018.1497716
28. Dalemans RJ, Witte L de, Wade D, van den Heuvel W. Social participation through the eyes of people with aphasia. *Int J Lang Commun Disord*. 2010;45(5):537-50. doi.org/10.3109/13682820903223633
29. Green C, Waks L. A second chance: recovering language with aphasia. *Int J Speech Lang Pathol*. 2008;10(3):127-31. doi.org/10.1080/17549500801971517
30. Grohn B, Worrall LE, Simmons-Mackie N, Brown K. The first 3-months post-stroke: what facilitates successfully living with aphasia? *Int J Speech Lang Pathol*. 2012;14(4):390-400. doi.org/10.3109/17549507.2012.692813
31. Grohn B, Worrall L, Simmons-Mackie N, Hudson K. Living successfully with aphasia during the first year post-stroke: a longitudinal qualitative study. *Aphasiology*. 2014;28(12):1405-1425. doi.org/10.1080/02687038.2014.935118
32. Hall WA. Return from silence - a personal experience. *J Speech Hearing Disord*. 1961;26(2):174-177. doi.org/10.1044/jshd.2602.174
33. Holland AL, Halper AS, Cherney LR. Tell me your story: analysis of script topics selected by persons with aphasia. *Am J Speech Lang Pathol*. 2010;19(3):198-203. [doi.org/10.1044/1058-0360\(2010/09-0095\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2010/09-0095))
34. Laures-Gore JS, Lambert PL, Kruger AC., Love J, Davis Jr DE. Spirituality and post-stroke aphasia recovery. *J Relig Health*. 2018;57:1876-1888. doi.org/10.1007/s10943-018-0592-4

35. Simmons-Mackie N, Kagan A. Application of the ICF aphasia. *Semin Speech Lang.* 2007;28(4):244-253. doi.org/10.1055/s-2007-986521
36. Thiel L, Conroy P. I think writing is everything: an exploration of the writing experiences of people with aphasia. *Int J Lang Commun Disord.* 2022;57(6):1381-1398. doi.org/10.1111/1460-6984.12762
37. Worrall L, Sherratt S, Rogers P, Howe T, Hersh D, Ferguson A, et al. What people with aphasia want: their goals according to the ICF. *Aphasiology,* 2011;25(3):309-322. doi.org/10.1080/02687038.2010.508530
38. Worrall L, Hudson K, Khan A, Ryan B, Simmons-Mackie N. Determinants of living well with aphasia in the first year poststroke: a prospective cohort study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(2):235-240. doi.org/10.1016/j.apmr.2016.06.020
39. Thompson J, McKeever M. The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the theory of human scale development. *J Clin Nurs.* 2014;23(3-4):410-20. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04237.x
40. Bright FAS, McCann CM, Kayes NM. Recalibrating hope: a longitudinal study of the experiences of people with aphasia after stroke. *Scand J Caring Sci.* 2019;34(2):428-435. doi.org/10.1111/scs.12745

Notificação de eventos adversos pelos enfermeiros para maior segurança em enfermagem pediátrica

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho¹
 orcid.org/0000-0002-4249-7356

Pedro Aguiar²
 orcid.org/0000-0002-0074-7732

¹Mestrado. Unidade de Neonatologia. Departamento de Pediatria. Hospital de Santa Maria. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

²Doutoramento. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa Comprehensive Health Research Centre - Universidade Nova de Lisboa. Public Health Research Centre - Universidade Nova.

Resumo

Introdução

Os Eventos Adversos mantêm-se um desafio atual na prestação de cuidados de saúde, sendo definidos como incidentes que resultaram em dano desnecessário para o doente. A escolha da população pediátrica como alvo de estudo assenta em determinadas características que a tornam das mais suscetíveis a Eventos Adversos. A Notificação destes surge como ação chave da estratégia para a diminuição da sua ocorrência, enquanto os Enfermeiros constituem elementos essenciais ao processo. O objetivo final é a Segurança do Doente, ou seja, a redução para um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde.

Objetivo

Descrever a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos e os Fatores Associados a essa Adesão, em contexto pediátrico.

Métodos

Apresentamos um Estudo Observacional Transversal, com base num inquérito por questionário conduzido no Departamento de Pediatria de um hospital. O estudo contou com 88 variáveis categóricas, relacionadas com a caracterização da amostra e a perceção dos participantes sobre os Eventos Adversos, Erros, Incidentes e Segurança do Doente. Os dados foram trabalhados através de análise univariável, bivariável e de correlações de variáveis.

Resultados

Um total de 69% dos enfermeiros não notificaram qualquer Evento Adverso no último ano. Foram notificados com maior frequência os Eventos com consequências mais graves para o doente (58%) e os relacionados com disfunções organizativas da instituição (74-90%). Os fatores facilitadores à ocorrência de Eventos Adversos englobam a carência de recursos humanos (19%), falhas de comunicação e sobrecarga horária (17%), sendo a principal barreira à Notificação o esquecimento quando se verifica maior carga de trabalho (63%).

Conclusão

Ao investigar a adesão dos enfermeiros à notificação, verificámos que a mesma é baixa, o que destacou a necessidade de investir na Cultura de Segurança da instituição, consciencializando os profissionais de saúde para a importância do seu papel na melhoria da Segurança do Doente. Afigura-se-nos fundamental integrar a Notificação na prática diária dos profissionais, com recurso a sensibilização contínua, reforço das equipas multidisciplinares, investimento na comunicação e alívio da carga horária, podendo ser facilitador de melhoria.

Palavras-chave

Segurança do Paciente; Gestão do Risco; Melhoria de Qualidade; Evento Adverso; Erro Médico; Enfermagem Pediátrica.

Autor de correspondência

Joana Carvalho

E-mail: joanaisabelcarvalho@gmail.com

Recebido: 13.11.2022

Aceite: 16.03.2023

Como citar este artigo: Carvalho J, Aguiar P. Notificação de eventos adversos pelos enfermeiros para maior segurança em enfermagem pediátrica. Pensar Enf [Internet]. 2023 Abr; 27(1):32-38. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.212>



Introdução

Os Eventos Adversos (EA) podem ser definidos como incidentes que resultaram em dano desnecessário para o doente,¹ constituindo um grave problema de saúde pública,² podendo ocorrer em contexto hospitalar, cuidados de saúde primários ou de longa duração.³ Independentemente do contexto em que ocorrem, afetam os doentes e a suas famílias, apresentando consequências a nível profissional, organizacional, económico e social, levando à falta de confiança nos profissionais de saúde e nas organizações.³⁻⁴ A preocupação com questões relacionadas com a Segurança do Doente não é recente e remonta há mais de 150 anos, com os primeiros registos a surgir com Florence Nightingale na Guerra da Crimeia.⁵ Desde então vários intervenientes procuraram promover a Melhoria da Qualidade e a Segurança do Doente, destacando-se Ernest Codman, Avedis Donabedian e o *Institute of Medicine* (IOM).⁵⁻¹⁰ Um caminho com o mesmo propósito: uma prestação de cuidados de saúde sem danos desnecessários para os utentes, atempada e evitando demoras, baseada na evidência e boas práticas, reduzindo o desperdício, que fosse transversal a todos os utentes sem discriminação e com resposta às suas necessidades individuais específicas.¹¹

O avanço científico-tecnológico necessário para tal, e que se tem verificado, surge com duplo significado. Por um lado, permitiu avanços significativos na Medicina, por outro originou situações potencialmente geradoras de erros e EA, tornando necessário implementar estratégias que evitem e minimizem estas situações.

Surge a Notificação de situações potencialmente perigosas para o doente, de *Near Misses*, erros e de EA como estratégia eficaz na garantia da Segurança do Doente.¹¹⁻¹² Esta permite consciencializar para o impacto negativo que um evento teve no doente, para os fatores que originaram esse evento e para as estratégias que podem ser identificadas e adotadas para o evitar.¹⁴ Os dados recolhidos através da notificação permitem construir bases de dados para análise futura pela equipa de Gestão do Risco, bem como a partilha de informação com a equipa multidisciplinar e restante instituição. É este processo que permite identificar os fatores que originam determinados eventos e desenvolver estratégias específicas para os prevenir, assim como a outras situações semelhantes¹²⁻¹³. É uma estratégia que contribui diretamente para a construção de uma Cultura de Segurança na instituição, que deve ter por base a confiança e partilha de experiências, sem receio da punição, e as diretrizes para a Segurança do Doente instituídas.^{10,15-16}

O aumento da consciencialização dos profissionais de saúde para a necessidade e a importância da notificação de eventos tem aumentado, no entanto a mesma mantém-se abaixo do esperado.¹⁷⁻¹⁸ Esta baixa adesão parece ser multifatorial, incluindo o medo da culpabilização, de sanções administrativas e legais, a resistência à burocracia, a percepção de que a notificação não têm impacto na qualidade dos cuidados, a falta de suporte organizacional, o feedback tardio ou inadequado e a falta de conhecimento acerca do Sistema de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNIEA) implementado.^{17,19-21}

Adicionalmente, a falta de recursos humanos na saúde, médicos e enfermeiros parece também ter influência. A sobrecarga horária e funcional dos profissionais leva à necessidade de reorganizar os cuidados, priorizando o doente e a rápida resolução de situações potencialmente perigosas ou erros, e deixando para segundo plano questões burocráticas como a sua notificação. Sabe-se que este comportamento não promove a Segurança do Doente nem a Qualidade dos Cuidados, uma vez que não permite a antecipação de situações potencialmente perigosas para o doente nem a compreensão do contexto em que os erros ocorreram, não sendo possível a sua prevenção.

A severidade do evento, o tipo de incidente e o próprio profissional parecem afetar a adesão à notificação.²⁰ Os eventos com maior severidade, nomeadamente os que incluem a morte (dano trágico), incapacidade (dano moderado) e dano severo para o doente, são notificados com maior frequência quando comparados com situações de risco potencial ou eventos sem dano.²²⁻²⁴ Os enfermeiros são os profissionais de saúde apontados como essenciais para a notificação, não só por se encontrarem na linha da frente da prestação de cuidados, mas por passarem mais tempo com os doentes. A evidência científica corrobora esta ideia e demonstra que os enfermeiros têm três vezes mais probabilidade de notificar um evento quando comparados com os médicos.²⁰

É unanimemente reconhecido que a população pediátrica apresenta maior vulnerabilidade para a ocorrência de EA.²⁵ A sua condição de doença, aliada às suas características intrínsecas, a necessidade de cuidados de saúde complexos, em diferentes contextos, com múltiplos intervenientes, e durante os quais é possível identificar oportunidades para as falhas na comunicação, são fatores potenciadores da ocorrência de situações que representem perigo para o doente.²⁶

A literatura descreve alguns dos Erros que caracterizam esta população: erros de medicação e alimentação parentérica total; erros de cuidados respiratórios, ressuscitação e ventilação; erros de procedimentos invasivos e Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; erros de identificação de doentes; erros de diagnóstico;¹⁰ erros relacionados com o leite materno²⁷⁻²⁸ e Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.²⁹ Os erros relacionados com a medicação parecem ser os mais prevalentes e notificados nos diferentes contextos de saúde.^{10,15,30-32}

Também a adaptação de diretrizes clínicas à população pediátrica, a utilização de dupla verificação,³³ de *trigger tools*,⁹ e de sistemas de código de barras,³⁰⁻³¹ entre outros, surgem em associação com a notificação na prevenção os erros e EA.

De forma a descrever a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos e os fatores associados em contexto pediátrico, foi elaborado um estudo de investigação. Os seus resultados confirmaram o interesse em aprofundar o problema e as consequências dos EA, a necessidade de continuar a investir na notificação e o papel fundamental dos Enfermeiros neste processo.

Material e Métodos

Com o objetivo de descrever a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos e os fatores associados, no departamento de Pediatria de um hospital central em Lisboa, foi elaborado um estudo observacional, transversal de natureza quantitativa.

A população do estudo foram os enfermeiros a exercer funções nos serviços do departamento de Pediatria, incluindo os enfermeiros, enfermeiros especialistas e enfermeiros gestores, num total de 192 elementos. O recrutamento dos participantes foi efetuado através de amostragem de conveniência, sendo constituída por todos os enfermeiros que se encontravam a exercer funções no período que decorreu de Novembro 2019 a Janeiro 2020. Um total de 102 enfermeiros aceitaram participar no estudo, através do preenchimento do questionário.

A colheita de dados ocorreu através do inquérito por questionário de Paula Bruno (2010), publicado em “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal”, após autorização concedida pela autora. O questionário incluiu 13 questões fechadas, distribuídas em dois grupos: caracterização da amostra (questões 1, 2, 3, 4 e 5) e perceção dos participantes sobre a Notificação de EA, Erros, Incidentes e Segurança do Doente (questões 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13). Foram elaboradas pequenas adaptações ao questionário original, de forma a adequar à população em estudo, não desvirtuando as suas características originais. O questionário foi escolhido por avaliar a notificação de EA por profissionais de saúde, permitindo responder ao objetivo do estudo. Os questionários foram entregues às enfermeiras gestoras de cada serviço que ficaram responsáveis pela distribuição individual a cada enfermeiro, sendo posteriormente recolhidos pelo investigador num

envelope selado e não marcado para proteger a privacidade e confidencialidade dos participantes.

A análise dos dados realizou-se com recurso ao *software* aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 26, com aproximadamente 88 variáveis categóricas. Foi realizada análise univariável das variáveis categóricas em estudo apresentando-se as tabelas de distribuição de frequências (%). Efetuada a análise bivariável com utilização do Teste Qui-Quadrado para comparação de proporções, e a análise de correlações de variáveis ordinais com utilização do Coeficiente de Correlação de *Spearman*. O Teste Exato de *Fisher* foi utilizado em substituição do Teste Qui-Quadrado para frequências esperadas baixas, considerando um nível de significância de 5% nos testes de hipóteses.

A investigação foi confidencial, garantindo-se o anonimato dos dados durante todo o processo. A participação foi voluntária (sem qualquer penalidade) e anónima. A cada questionário foi anexada uma folha de rosto correspondente ao consentimento informado que, de forma a garantir o anonimato e confidencialidade da informação e a identificação dos participantes, foi separado do restante questionário e colocado num envelope isolado. O processo de investigação iniciou-se com a formalização dos pedidos, por escrito, a todas as entidades envolvidas: autora do questionário, Director do Departamento de Pediatria, Enfermeira Diretora e Comissão de Ética do hospital, tendo sido obtidos todos os consentimentos solicitados.

Resultados

Neste módulo apresentam-se os resultados obtidos, representando a perceção dos Enfermeiros sobre as questões colocadas.³⁴

Tabela 1 – Características dos Enfermeiros em Pediatria na amostra

Variável em análise	Categoria da variável	Contagem: Frequência absoluta	Percentagem: Frequência relativa	(n=)
Sexo	Feminino	96	94,1	(n=102)
	Masculino	6	5,9	
Grupo Etário	21 a 30 anos	33	32,4	(n=102)
	31 a 40 anos	30	29,4	
	41 a 50 anos	17	16,7	
	51 a 60 anos	18	17,6	
	>60 anos	4	3,9	
Anos de Trabalho	<1 ano	17	16,7	(n=102)
	1 a 10 anos	25	24,5	
	10 a 20 anos	27	26,5	
	20 a 30 anos	23	22,5	
	30 a 40 anos	10	9,8	
Funções	Enfermeiro	73	71,6	(n=102)
	Enfermeiro Especialista	27	26,5	
	Enfermeiro Gestor	2	2,0	

Tipologia Serviço				
Ambulatório	19	18,6	(n=102)	
Urgência e Cuidados Intensivos	64	62,7		
Pediatria Médica	19	18,6		

Conforme representado na tabela 1, a amostra é composta maioritariamente por enfermeiras (94,1%), com idades entre 21 e 30 anos (32,4%). A maioria dos profissionais trabalha na instituição entre 1 a 30 anos (37%), sendo a categoria dos 10 aos 20 anos mais prevalente, representando 26,5% da amostra. A função desempenhada com maior peso é a de enfermeiro (71,6%). Aproximadamente 62,7% dos participantes exercem funções nos serviços de Urgência e de Cuidados Intensivos, seguido dos serviços de Pediatria Médica (18,6%) e de Ambulatório (16,7%).

Quando questionados sobre o SNIEA, cerca de 98% da amostra reconhece que o hospital onde exerce funções tem um sistema, embora apenas 59,8% refiram concordar com o mesmo. Cerca de 93,1% da amostra tem conhecimento que o hospital onde exerce funções participa em Programas de Acreditação, nomeadamente o departamento de Pediatria.

Dos 98% dos enfermeiros que reconhecem que o hospital tem um SNIEA, cerca de 69% responderam não ter notificado nenhum EA no ano transato e 31% referem ter notificado pelo menos um. De acordo com a severidade, os EA notificados com maior frequência foram os que apresentam consequências mais graves para o cliente, como dano trágico (58%) e dano moderado (33%). Os EA sem dano para o cliente ou os *Near Misses* são raramente notificados. O serviço com maior número de EA notificados foi o de Urgência e Cuidados Intensivos (38%), seguido da Pediatria Médica (21%) e Ambulatório (18%).

Analisando a notificação de acordo com a severidade dos EA e as características dos enfermeiros da amostra (sexo, grupo etário e função na instituição), conclui-se que não parece haver diferença estatisticamente significativa entre a frequência de notificação dos diferentes eventos e as características dos enfermeiros.

Quanto ao tipo de EA, verificou-se que os relacionados com disfunções organizacionais da instituição ocorrem com maior frequência: avaria ou defeito de material/dispositivos médicos (89%), falta de material/roupa/equipamentos (82,4%), falta de material clínico e equipamentos (77,5%), disfunções do sistema informático (74,5%) e conflitos com doente/família (73,5%). EA que ocorrem com frequência significativa são erros de prescrição de produtos ou fármacos (71,6%), erros de administração de produtos ou fármacos (64,7%), prescrições incorretamente preenchidas ou ilegíveis (65,7%), e as infeções associadas aos cuidados de saúde (52,9%). Uma das questões permitiu analisar a percepção da amostra relativamente aos EA que ocorrem e aos que são notificados. De acordo com a percepção dos enfermeiros verificou-se que os EAs com maior frequência são os que têm maior percentagem de notificação.

De acordo com a percepção dos enfermeiros, a falta de recursos humanos (19%), seguida das falhas de comunicação e da sobrecarga horária (ambos com 17%), são os principais fatores que contribuem para a ocorrência de EA. Por seu lado, apontam o esquecimento quando há

excesso de trabalho (63%) como a principal barreira à Notificação.

Discussão

Os profissionais de saúde reconhecem a importância da notificação de EA para a Segurança do Doente e Qualidade dos Cuidados,¹⁷ bem como a necessidade de existir um sistema local e nacional para a Notificação.²⁴ Embora 98% dos enfermeiros tenham conhecimento do sistema de notificação do hospital, apenas cerca de 59,8% referem concordar com o mesmo, o que se encontra em linha com os resultados de outros estudos.^{24,35} Podemos questionar se os enfermeiros compreendem o sistema e a sua adequada utilização, quais EA devem notificar, como podem notificar e como se desenvolve o processo de análise e *feedback*.

Cerca de 69% dos enfermeiros referiram não ter reportado nenhum EA no ano transato, demonstrando uma taxa de adesão à notificação baixa. No entanto, parece verificar-se um aumento da consciencialização para a notificação, quando compara a taxa do estudo (69%) com a notificação a nível nacional em 2011 (80%).¹⁸ Mais recentemente, dados da National Patient Safety Agency³⁶ demonstram um aumento na notificação de EA entre 2013 e 2015. A melhoria observada, um pequeno passo no longo caminho a percorrer, deve salvaguardar a necessidade de formação dos profissionais, a elaboração de estratégias e normas institucionais que permitam o crescimento de uma Cultura de Segurança.

O nível de severidade dos EA parece ser um fator preponderante na adesão à sua notificação. Os dados do estudo indicam que os EA que resultam em dano trágico (58%) e dano moderado (33%) são reportados com maior frequência, quando comparados com eventos sem dano ou situações de risco para o doente, como demonstrado em estudos prévios.^{20,22-24}

O privilegiar da notificação de eventos mais severos, ao invés de notificar todas as situações, cria uma situação de insuficiência e ausência de dados reais sobre os EA que ocorreram, restringindo a prevenção de situações potencialmente perigosas. A necessidade de notificar todos os tipos de EA, mesmo dos que não tiveram impacto para o doente, é imperativa para que o processo de aprendizagem seja o mais útil possível e para as intervenções implementadas na resolução das situações identificadas.^{12-13,17}

Os EA que ocorreram com maior frequência foram os relacionados com as disfunções organizacionais da instituição, correspondendo aos resultados obtidos por Bruno²⁴ e Martins.³⁵ No entanto, a nível internacional, os EA notificados com maior frequência são os relacionados com a terapêutica.^{10,15,30,32,38} Neste estudo, os erros relacionados com a terapêutica apresentaram percentagens de ocorrência significativas, nomeadamente erros de

prescrição de produtos ou fármacos, erros de administração de produtos ou fármacos e prescrições incorretamente preenchidas ou ilegíveis. Por outro lado, de acordo com a percepção dos enfermeiros, os EA que ocorreram com maior frequência foram também os que apresentaram maior percentagem de notificação.

A diferença nas percentagens de notificação de EA detetadas entre os diferentes serviços pode resultar do facto de a amostra ser maioritariamente composta por enfermeiros do serviço de Urgência e Cuidados Intensivos (62,7%) e/ou porque este é um dos serviços com maior propensão para a ocorrência de EA.³¹

Os enfermeiros apontaram a falta de recursos humanos, seguida das falhas de comunicação e sobrecarga horária, como fatores facilitadores para a ocorrência de EA, resultados que coincidem com a evidência. Esta é uma situação recorrente na Saúde, na qual a falta de recursos humanos é uma realidade,³⁹ resultando na sobrecarga horária e funcional dos profissionais de saúde.^{16,40}

A comunicação é essencial para garantir a Segurança do Doente e a Qualidade dos Cuidados, merecendo especial atenção. A Direção Geral da Saúde⁴¹ recomenda uma comunicação eficaz entre os profissionais, afirmando que a mesma pode falhar, e referindo que 70% dos EA ocorre durante os momentos de transição de cuidados. Os doentes e família podem ser aliados dos profissionais na garantia de uma comunicação eficaz e segura, uma vez que são eles quem melhor conhece a situação clínica e tem oportunidade para identificar falhas na comunicação nas passagens de turno.¹⁰

De acordo com a percepção dos enfermeiros, o esquecimento quando há maior carga laboral é a principal razão para não notificarem EA. As condições laborais levam à necessidade de reorganizar o foco dos profissionais de saúde, centrando-se no doente e na rápida resolução de situações inesperadas, deixando a notificação de EA para segundo plano. Este comportamento, mesmo que pareça o mais adequado no momento, não favorece a Segurança do Doente nem a Qualidade dos cuidados a longo prazo.

Neste contexto, torna-se essencial integrar a notificação de EA, Erros, *Near Misses* e situações potencialmente perigosas para o doente na prática diária dos profissionais de saúde. Isto requer sensibilização contínua, reforço das equipas multidisciplinares, melhoria da comunicação e alívio da carga horária dos profissionais, bem como maior e melhor disseminação e acessibilidade ao sistema de notificação da instituição.

Após a realização deste estudo, preconiza-se, a nível nacional, o desenvolvimento de políticas de saúde mais específicas e detalhadas que promovam a notificação de EA, de forma transversal, e enquadrante do caminho a seguir. A nível de Gestão do Risco, deve ser incentivada a notificação de EA e *Near Misses* por todos os profissionais com o intuito de resolver as situações potencialmente perigosas identificadas e prevenir futuros EA,¹²⁻¹³ quer para os doentes quer para os próprios profissionais de saúde.

Por último, é crucial valorizar e investir na qualificação dos profissionais na área da Gestão do Risco e Segurança do Doente, na elaboração de diretrizes, bem como na

construção de equipas com experiência na análise de EA e na identificação preventiva de possíveis falhas no sistema. Para reduzir o erro em Enfermagem Pediátrica recomenda-se a utilização de soluções pré-preparadas, fórmulas adequadas à população pediátrica, de sistema de código de barras aquando da administração de terapêutica ou identificação de doentes, e o desenvolvimento de protocolos.³⁰⁻³¹ São também recomendadas a revisão pelos pares/dupla verificação, melhoria da qualidade clínica e educação, o treino dos profissionais através de simulação, e a introdução de uma biblioteca de fármacos nas bombas infusoras, com um alarme que soa quando a dose sai fora do intervalo habitual.⁹ A utilização de prescrição eletrónica e sistemas de dispensa terapêutica eletrónicos demonstram uma diminuição significativa dos erros relacionados com a terapêutica. A utilização de *trigger tools* também parece ter um impacto positivo na prevenção de EA pelo aumento da deteção de erros em Pediatria.⁹

Este estudo procurou descrever a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de EA em Pediatria, baseado na percepção dos enfermeiros sobre essa mesma notificação. Um futuro estudo, com outras especificações, pode ajudar a clarificar algumas das questões levantadas e permitir outras medidas corretivas que facilitem a melhoria dos Sistemas de Notificação de Incidentes e EA.

Conclusão

A evolução e o aumento da procura por cuidados de saúde com o mínimo risco para o doente, apropriado às suas características e necessidades individuais, tornou-se o mote para os cuidados a nível mundial. Neste contexto, e apesar das estratégias para reduzir o risco e as consequências negativas associadas aos cuidados de saúde, a ocorrência de EA mantém-se uma realidade. A notificação surge como uma destas estratégias. A notificação de todas as situações potencialmente perigosas ou que levem a consequências negativas, em particular para o doente, deve ser instituída de forma a evitar a normalização e a aceitação do erro como rotineiro, ou como decorrente da prática dos profissionais de saúde. Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados na linha da frente, com um maior e mais próximo contacto com o doente e família, tornam-se mais conscientes e experientes no reconhecimento de situações potencialmente perigosas e que culminem em erro ou EA, refletindo-se na sua probabilidade de notificação. Se, por um lado, os resultados obtidos apontam para a necessidade de promover a Cultura de Segurança da instituição, tornando os profissionais de saúde conscientes da importância do seu papel, enquanto indivíduos e enquanto equipa multidisciplinar para a melhoria da Segurança do Doente, por outro, acreditamos que os próprios enfermeiros se encontram sujeitos a EA, devendo esses ser também notificados.

Acreditamos que o envolvimento dos profissionais de saúde em programas de adesão à notificação será tanto maior e mais forte quanto mais próxima for a divulgação e acessibilidade da plataforma e sensibilização para a sua utilização. Também o reconhecimento dos benefícios para

o doente, o conhecimento dos resultados e medidas corretivas aplicadas, bem como da evolução e interação com o sistema de notificação contribuem para esta adesão. Se entendido como transversal à saúde, numa visão integradora dos direitos e deveres dos profissionais, estes estarão mais conscientes e motivados para participar individualmente ou em grupo.

Uma limitação deste estudo foi a diferença entre a data de recolha dos dados e a sua disseminação, tendo por base o facto de resultar de uma Tese de Mestrado. Mesmo assim, considerou-se importante sumarizar e partilhar o trabalho elaborado devido às suas claras implicações para a prática de Enfermagem, benefício para o doente, bem como para a Qualidade e Segurança na prestação de Cuidados.

Referências Bibliográficas

- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report and technical annexes. Copenhagen: World Alliance for Patient Safety; 2009.
- Conselho da União Europeia. Recomendação do Conselho, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. [Internet] 2009 [cited 2019 Dec 27] Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32009H0703%2801%29>
- Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. [Internet]. Paris: OECD; 2017. [cited 2020 Apr 18] Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Sousa P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. Acta Med Port [Internet] 2006 [cited 2019 Sep 10]; 19(4):309-318. Available from: <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/7828>
- Kudzma EC. Florence Nightingale and Healthcare Reform. Nursing Science Quarterly. 2006;19(1):61-64. doi:10.1177/0894318405283556
- Chun J, Bafford A. History and background of quality measurement. Clin Colon Rectal Surg. 2014; 27(1):5-9. doi: 10.1055/s-0034-1366912
- Neuhauser D. Ernest Amory Codman. Qual Saf Health Care [Internet] 2002 [cited 2020 Jan 6]; 11:104-5. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/11/1/104.full.pdf>
- Best M, Neuhauser D. Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. Qual Saf Health Care. 2004; 13:472-3. doi: 10.1136/qshc.2004.012591
- Valentini R.P. Patient safety and quality improvement: what the pediatric trainee needs to know. Prog Pediatr Cardiol. 2017; 44:47-53. doi:10.1016/j.ppedcard.2017.01.006
- Raju T, Suresh G, Higgins R. Patient safety in the context of neonatal intensive care: research and educational opportunities. Pediatr Res. 2011; 70(1):109-15. doi: 10.1203/PDR.0b013e3182182853
- Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001 [cited 2020 Jan 6]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf
- Leistikow I, Mulder S, Vesseur J, Robben P. Learning from incidents in healthcare: the journey, not the arrival, matters. BJM Qual Saf. 2017; 26(3):252-256. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004853
- Hewitt T, Chreim S. Fix and forget or fix and report: a qualitative study of tensions at the front line of incident reporting. BJM Qual Saf. 2015; 24(5):303-10. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003279
- Dickson G. Principles of risk management. Qual Health Care. 1995; 4(2):75-9. doi: 10.1136/qshc.4.2.75
- Cernadas J, Bogado L, Rolón F, Galletti M. Voluntary and anonymous reporting of medication errors in patients admitted to the Department of Pediatrics. Arch Argent Pediatr. 2019; 117(6): e592-7. doi: 10.5546/aap.2019.eng.e592
- Lawati M, Dennis S, Short S, Abdulhadi N. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BCM Fam Pract. 2018; 19(1): 104. doi: 10.1186/s12875-018-0793-7
- Louis M, Hussain L, Dhanraj D, Khan B, Jung S, Quiles W, et al. Improving patient safety event reporting among residents and teaching faculty. Ochsner J. [Internet] 2016 [cited 2019 Nov 21]; 16(1):73-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27046410>
- Fernandes AM, Queirós PJ. Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Referência. [Internet] 2011 [cited 2019 Sep 10]; III Série (4):37-48. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a04.pdf>
- Waring J. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. Soc Sci Med. 2005; 60:1927-35. doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.055
- Polisena J, Gagliardi A, Urbach D, Clifford T, Fiander M. Factors that influence the recognition, reporting and resolution of incidents related to medical devices and other healthcare technologies: a systematic review. Syst Rev. 2015; 4: e37 doi: 10.1186/s13643-015-0028-0


21. Dunbar A, Cupit M, Vath R, Pontiff K, Evans N, Roy M, et al. An improvement approach to integrate teaching teams in the reporting of safety events. *Pediatrics*. 2017; 139(2): e20153807. doi: [10.1542/peds.2015-3807](https://doi.org/10.1542/peds.2015-3807)
22. Firth-Cozens J. Barriers in incident reporting. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11(7):6-8. doi: [10.1136/qhc.11.1.7](https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.7)
23. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11(1):15-8. doi: [10.1136/qhc.11.1.15](https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.15)
24. Bruno P. Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal: erro em medicina. Coimbra: Coimbra Editora; 2010.
25. Jordan M, Lam J, Lyren A, Sims N, Yang C. Actionable patient safety solution (APSS) #3A: medication errors. Chapman University [place unknown]: Patient Safety Movement Foundation; [Internet] 2017 [cited 2019 Apr 19] Available from: https://digitalcommons.chapman.edu/pharmacy_articles/458/
26. Carter B, Lantos J. Disclosing adverse events and near misses to parents of neonates. *Semin Perinatol*. 2019; 43(8): e151182. doi: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.08.011>
27. Reena O, Kachoria R, Dail J, Green J, Walls K, McClead R. A quality improvement project to decrease human milk errors in the NICU. *Pediatrics*. 2017; 139(2): e20154451. doi: [10.1542/peds.2015-4451](https://doi.org/10.1542/peds.2015-4451)
28. Steele C, Bixby C. Centralized breastmilk handling and bar code scanning improve safety and reduce breastmilk administration errors. *Breastfeeding Med*. 2014; 9(9):426-9. doi: [10.1089/bfm.2014.0077](https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0077)
29. Chatziioannidis I, Mitsiakos G, Vouzas F. Focusing on patient safety in the neonatal intensive care unit environment. *J Pediatr Neonat Individual Med*. 2016; 6(1): e060132. <https://doi.org/10.7363/060132>
30. Lobaugh L, Martin L, Schleelein L, Tyler D, Litman R. Medication errors in pediatric anesthesia: a report from the wake-up safe quality improvement initiative. *Anesth Analg*. 2017; 125(3):936-42. doi: [10.1213/ANE.0000000000002279](https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002279)
31. Benjamin L, Frush K, Shaw K, Shook J, Snow S. Pediatric medication safety in the emergency department. *Pediatrics*. 2018; 141(3): e20174066. doi: [10.1542/peds.2017-4066](https://doi.org/10.1542/peds.2017-4066)
32. Alvarez F, Ismail L, Markwosky A. Pediatric medication safety in adult community hospital settings: a glimpse into nationwide practice. *Hosp Pediatr*. 2016; 6(12):744-9. doi: [10.1542/hpeds.2016-0068](https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0068)
33. The Joint Commission. Hospital: 2023 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2023. [cited 2023 Apr 11]. Available from: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2023/npsg_chapter_hap_jul2023.pdf
34. Carvalho, J. Adesão dos enfermeiros à notificação de eventos adversos em pediatria. [dissertation on the Internet]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2021 [cited 2022 Dec 20]. 121 p. Available from: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/118993/1/RUN%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Carvalho.pdf>
35. Martins L. Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central. [dissertation on the Internet] Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2017 [cited 2019 Apr 19] 62 p. Available from: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7321/1/Ades%C3%A3o%20a%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20eventos%20pelos%20enfermeiros%20dos%20servi%C3%A7os%20de%20internamento%20e%20unidades%20de%20cuidados%20intensivos%20de%20um%20hospital%20central.pdf>
36. National Patient Safety Agency. National reporting and learning system quarterly data workbook: Oct 2003-Dec 2015 [Internet]. Redditch: The National Archives. NHS England; 2017 [cited 2020 May 8]. Available from: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20171030124644/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=135610>
37. Macrae C. The problem with incident reporting. *BJM Qual Saf*. 2017; 25(2):71-5. doi: [10.1136/bmjqs-2015-004732](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004732)
38. Sutherland A, Phipps D, Tomlin S, Ashcroft D. Mapping the prevalence and nature of drug related problems among hospitalized children in the United Kingdom: a systematic review. *BCM Pediatrics*. 2019; 19: e486. doi: [10.1186/s12887-019-1875-y](https://doi.org/10.1186/s12887-019-1875-y)
39. Margato C. A propósito da segurança dos doentes: editorial. *Sinais Vitais*. [Internet] 2009; [cited 2020 May 14] 83. Available from: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais-publicacoes-78/revistas-1994-2014/22-revistas-2008-e-2009/480-revista-no-83-marco-2009>
40. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório primavera 2018: meio caminho andado. [Internet] Lisboa: OPSS; 2018 [cited 2020 May 14] Available from: <http://opss.pt/relatorio-primavera/>
41. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Norma 001/2017 relativa à Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. [Internet] Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2017. [cited 2019 Dec 9] Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Intervenções para a autogestão em adolescentes com Diabetes Tipo 1: um protocolo de revisão *scoping*

Marília Costa Flora¹

 orcid.org/0000-0002-9934-9143

Maria Isabel Dias Costa Malheiro²

 orcid.org/0000-0002-9093-4821

Lúisa Barros³

 orcid.org/0000-0002-5075-0104

Adriana Neves Coelho⁴

 orcid.org/0000-0002-6381-7128

¹Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

²Doutoramento. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

³Doutoramento. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.

⁴Doutoramento. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Portugal Centre for Evidence-Based Practice: A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence, Coimbra, Portugal.

Resumo

Introdução

O desenvolvimento dos adolescentes centra-se na construção de autonomia e independência face à supervisão parental. Este desafio torna-se mais complexo perante um diagnóstico de diabetes tipo 1, o que exige responsabilização do adolescente face à gestão da doença. Nesta fase revela-se crucial a implementação de intervenções promotoras de competências de autogestão.

Objetivo

Mapeamento de intervenções promotoras de autogestão para adolescentes com diabetes tipo 1.

Métodos

Esta revisão *scoping* segue a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Serão incluídos estudos publicados em inglês, espanhol e português, entre 2009-2021, sem limitações geográficas ou culturais. O processo de análise, extração e síntese de dados será realizada por dois revisores de forma independente, de acordo com os critérios de inclusão. Os resultados serão apresentados de seguindo as orientações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), diagrama para revisões *scoping*. O protocolo encontra-se registado no Open Science Framework <https://osf.io/z6wbj>.

Resultados

O mapeamento de intervenções para adolescentes com diabetes tipo 1, é fundamental para a construção de uma intervenção estruturada, centrada na promoção de comportamentos de autogestão, contribuindo para a disseminação científica sobre o tema.

Conclusão

Espera-se que os resultados desta revisão contribuam para a construção de conhecimento que fundamente o desenvolvimento de intervenções de enfermagem para adolescentes com diabetes tipo 1.

Palavras-chave

Adolescentes; Diabetes Mellitus, Tipo 1; Programas; Autogestão.

Autor de correspondência

Marília Flora

E-mail: liaflora@gmail.com

Recebido: 23.11.2022

Aceite: 09.03.2023

Como citar este artigo: Flora M, Malheiro I, Barros L, Coelho A N. Intervenções para a autogestão em adolescentes com Diabetes Tipo 1: um protocolo de revisão *scoping*. *Pensar Enf* [Internet]. 2023 Jun; 27(1):39-44. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.215>



Introdução

Mundialmente estima-se que mais de 1,1 milhões de crianças e adolescentes vivam com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 (T1D), a incidência tem vindo aumentar particularmente em idades inferiores aos 15 anos, com um aumento da prevalência na Europa e noutras regiões.¹

Os adolescentes encontram-se numa fase crucial de construção da sua autonomia, assumem progressivamente maior responsabilidade na tomada de decisão, autonomizando-se face à supervisão parental.² Durante este processo, a educação e a capacitação são elementos essenciais para a promoção da autogestão.³ O objetivo prioritário dos adolescentes com T1D é assumir a responsabilidade pelos autocuidados e autogestão da diabetes.⁴

A T1D é uma doença crónica causada por uma reação autoimune na qual o sistema imunológico destrói as células beta do pâncreas, impedindo a produção de insulina.⁵ O tratamento da diabetes é exigente e complexo, requerendo um controlo contínuo, feito mediante a gestão da tríade: alimentação, exercício físico e insulino-terapia.^{6,7} No caso da alimentação, é crucial a contagem de hidratos de carbono, que incluem os amidos (hidratos de carbono complexos) e os açúcares (hidratos de carbono simples como a glicose, a frutose, a lactose, a sacarose e maltose), em equilíbrio com a prática de atividade física e ajuste de insulina.⁶ Esta gestão da alimentação e insulino-terapia torna-se ainda mais rigorosa ao integrar a prática de exercício físico. Assim, a gestão da T1D exige que se pense em todos os comportamentos e tomada de decisão, que implicam uma grande responsabilidade para o adolescente e sua família.⁸

A autogestão centra-se na autorregulação da doença crónica e gestão de fatores de risco, nomeadamente: definição de objetivos, automonitorização; pensamento reflexivo; tomada de decisão; planeamento e participação nos autocuidados, autoavaliação e gestão de respostas físicas, emocionais e cognitivas associadas à mudança de comportamento.⁹ A promoção de comportamentos de autogestão está associada à promoção de autoeficácia, conhecimento, funcionalidade e interações sociais, com ganhos na melhoria do estado de saúde psicológico, gestão eficaz dos sintomas, qualidade de vida e diminuição do recurso aos serviços de urgência.^{10,11} Uma adequada autogestão da doença permitirá melhorar os cuidados de saúde, com consequente melhoria dos cuidados e gestão de recursos¹², prevenindo complicações micro e macrovasculares.^{13,14}

A autogestão da doença crónica é condição para o indivíduo poder gerir os sintomas e o tratamento, com repercussões na dimensão emocional e psicossocial, e mudanças no estilo de vida inerentes à doença crónica.¹⁵ Kate Lorig¹⁶ destaca três tarefas de autogestão (gestão da terapêutica, de papéis e emocional), e várias competências de autogestão (técnica de resolução de problemas, tomada de decisão, recursos, formação, planeamento e mecanismos de adaptação).

Para a gestão eficaz da T1D é essencial o planeamento e organização de estratégias e objetivos bem definidos.⁹ A gestão da diabetes inclui o conhecimento sobre a fisiopatologia e reconhecimento de complicações micro e

macrovasculares: hipo e hiperglicemia, administração de insulina, avaliação de glicemias e manutenção da saúde (alimentação e prática de exercício físico).¹⁷

O processo que suporta a promoção da autogestão em pessoas com doença crónica tem como aspeto central a gestão da doença, o apoio ao indivíduo e às suas famílias. Inclui um compromisso com os cuidados centrados na pessoa.¹⁸ A implementação de programas promotores de autogestão poderá ser um contributo importante na promoção de comportamentos de autogestão.

A implementação de programas estruturados para a T1D deverá integrar temas relacionados com a educação, definição de metas e objetivos, inclusão social e de autoeficácia associadas a medidas de controlo glicémico.¹⁰ Assim, é recomendável que os programas integrem: os princípios psicoeducacionais, treino das rotinas diárias, apoio contínuo na promoção da autogestão, envolvimento dos pais, recurso a novas técnicas cognitivo-comportamentais bem como a inclusão das novas tecnologias como fonte de motivação para os adolescentes.¹¹

Compete às equipas de saúde em articulação em rede multidisciplinar, e em particular aos enfermeiros, a intervenção no âmbito da promoção da autogestão da T1D nos adolescentes, contribuindo deste modo para uma população mais saudável e competente na gestão da sua doença. A intervenção destas equipas centra-se a nível do indivíduo, da família, do grupo, e da comunidade, podendo ocorrer em vários contextos: em consulta, no domicílio, na comunidade, na escola ou ainda em ambientes informais como os campos de férias.¹⁹

Foi feita uma pesquisa preliminar na MEDLINE (PubMed), CINAHL (EBSCO), Cochrane Database of Systematic Reviews e JBI Evidence Synthesis, PROSPERO, e Open Science Framework (OSF), não tendo sido encontradas revisões sistemáticas ou Scoping (publicadas ou em desenvolvimento).

Foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Quais as características das intervenções promotoras da autogestão em adolescentes com T1D?
- Quais as funções dos profissionais responsáveis pela implementação dessas intervenções?
- Quais os indicadores de mudança de comportamentos de autogestão após as intervenções?

A presente revisão scoping tem como objetivo o mapeamento de intervenções promotoras de autogestão em adolescentes com T1D.

Método de Revisão

Esta revisão scoping segue as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines para revisões scoping.^{20,21} O protocolo de revisão foi registado no Open Science Framework (OSF) (<https://osf.io/z6wbi>) /acedido em 11 de novembro de 2022).

Critérios de elegibilidade

Participantes

Esta *scoping* considerará estudos que integrem intervenções para adolescentes com T1D e suas famílias, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, que tenham participado numa intervenção para a autogestão na diabetes, implementada por profissionais de saúde.

Conceito

Para a revisão serão incluídos estudos que integrem programas ou intervenções promotoras da autogestão em adolescentes com T1D: gestão da terapêutica, de papéis e emocional. Serão excluídos estudos que integrem programas ou intervenções sem resultados.

Contexto

Serão integrados nesta revisão estudos que considerem intervenções promotoras de autogestão em adolescentes com T1D, implementadas em qualquer contexto de intervenção. Foram integradas intervenções implementadas via online e presencial (hospitalar ou ambulatório), campos de férias ou contextos domiciliários.

Tipos de Fontes

A presente revisão visa o mapeamento de intervenções promotoras da autogestão em adolescentes com T1D. Os autores consideraram estudos experimentais e quasi-experimentais, estudos randomizados controlados, estudos não randomizados com avaliação antes e após a intervenção. Serão incluídos estudos qualitativos com abordagens fenomenológica, *grounded theory*, etnográfica,

descritivos e de investigação-ação. Serão ainda consideradas revisões sistemáticas que respondam aos critérios de inclusão.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa visa a seleção de estudos publicados ou não publicados. A estratégia de pesquisa foi feita em três etapas. Iniciou-se por uma pesquisa inicial na MEDLINE (via Pubmed) e CINAHL (Via EBSCO). Foram utilizados conceitos apresentados nos títulos e resumos dos artigos identificados, com recurso aos termos de indexação “AND” e “OR” para o desenho da estratégia de pesquisa. Na segunda etapa, a estratégia de pesquisa incluiu as palavras-chave e termos indexados, ajustados de acordo com cada base de dados (tabela 1). Por fim, foi feita a análise das referências bibliográficas da lista de estudos selecionados. Serão identificados estudos adicionais publicados em Inglês, Português e Espanhol, entre 2009-2021.

Serão feitas pesquisas nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, LILACS, Scopus, Library, Information Science & Technology Abstracts, PsycINFO, JBI Connect, e Cochrane Database of Systematic Reviews. Foram ainda incluídos estudos não publicados, com recurso à pesquisa no RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Tabela 1 – Estratégia de pesquisa realizada em março de 2021

	CINAHL complete Cochrane Central Register of Controlled Trials; Nursing & Allied Health Collection; Library, Information Science & Technology Abstracts (via EBSCO)	Resultados
S6	TI (adolescen* OR teen* OR youth* OR young*) AND TI (diabetes OR "diabetes mellitus, type 1" OR T1DM OR "diabetes mellitus type 1" OR "DM1" OR "type 1 diabetes") AND TI (manage* OR "self management" OR "self care" OR "self-efficacy" OR "health and life quality" OR "quality of life" OR "glycaemic control" OR "glycemic control" OR Glycosylated hemoglobin* OR hemoglobin A*) AND AB (intervention* OR program* OR strateg* OR project* OR action* OR function* OR care* OR preparation OR education OR instruction* OR train*).	485
S5	TI (adolescen* OR teen* OR youth* OR young*) AND TI (diabetes OR "diabetes mellitus, type 1" OR T1DM OR "diabetes mellitus type 1" OR "DM1" OR "type 1 diabetes") AND TI (manage* OR "self management" OR "self care" OR "self-efficacy" OR "health and life quality" OR "quality of life" OR "glycaemic control" OR "glycemic control" OR Glycosylated hemoglobin* OR hemoglobin A*) AND AB (intervention* OR program* OR strateg* OR project* OR action* OR function* OR care* OR preparation OR education OR instruction* OR train*).	974
S4	TI (adolescen* OR teen* OR youth* OR young*) AND TI (diabetes OR "diabetes mellitus, type 1" OR T1DM OR "diabetes mellitus type 1" OR "DM1" OR "type 1 diabetes") AND TI (manage* OR "self management" OR "self care" OR "self-efficacy" OR "health and life quality" OR "quality of life" OR "glycaemic control" OR "glycemic control" OR Glycosylated hemoglobin* OR hemoglobin A*) AND AB (intervention* OR program* OR strateg* OR project* OR action* OR function* OR care* OR preparation OR education OR instruction* OR train*).	1,280
S3	TI (adolescen* OR teen* OR youth* OR young*) AND TI (diabetes OR "diabetes mellitus, type 1" OR T1DM OR "diabetes mellitus type 1" OR "DM1" OR "type 1 diabetes") AND TI (manage* OR "self management" OR "self care" OR "self-efficacy" OR "health and life quality" OR "quality of life" OR "glycaemic control" OR "glycemic control" OR Glycosylated hemoglobin* OR hemoglobin A*)	2,245
S2	TI (adolescen* OR teen* OR youth* OR young*) AND TI (diabetes OR "diabetes mellitus, type 1" OR T1DM OR "diabetes mellitus type 1" OR "DM1" OR "type 1 diabetes")	15,567
S1	TI (adolescen* OR teen* OR youth* OR young*)	640,993
	Pubmed	
	adolescent [MeSH Terms] AND diabetes mellitus, type 1 [MeSH Terms] AND ("self-management" [MeSH Terms] OR self-care [MeSH Terms] OR quality of life [MeSH Terms] OR "glycated hemoglobin a" [MeSH Terms]) AND (Program Evaluation [MeSH Terms] OR "health promotion" [MeSH Terms]).	59
	Medline complete (via EBSCO)	

adolescent [MeSH Terms] AND diabetes mellitus, type 1 [MeSH Terms] AND ("self-management" [MeSH Terms] OR self-care [MeSH Terms] OR quality of life [MeSH Terms] OR "glycated hemoglobin a" [MeSH Terms]) AND (Program Evaluation [MeSH Terms] OR "health promotion" [MeSH Terms]). Filtros: Inglês (2009-2021)	27
--	----

Seleção dos Estudos

Os resultados de pesquisa serão exportados para o gestor de referências Mendeley, onde serão removidos os duplicados. Dois revisores farão de forma independente a análise de título e resumo, aplicando os critérios de inclusão. Os artigos potencialmente relevantes serão integrados para o total. Posteriormente os revisores farão a leitura integral dos artigos e analisarão os que cumprem os critérios de inclusão. Serão apresentados os motivos de exclusão na *scoping review*. Qualquer desacordo existente será solucionado pela intervenção de um terceiro revisor.

Os resultados da análise dos artigos serão reportados na revisão *scoping* com recurso ao Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for *scoping review* (PRISMA-ScR).²⁰

Extração de Dados

Dois revisores irão analisar os estudos de forma independente, extraindo dados qualitativos e quantitativos para uma tabela de extração de dados desenvolvida para o efeito, de acordo com as orientações da JBI para *scoping reviews*.²² Os dados extraídos incluirão informação referente aos participantes, conceito, contexto, metodologia e principais resultados que respondam às questões de investigação. Para o efeito, será utilizada uma tabela de extração de dados (tabela 2). A tabela de extração de dados será revista e modificada face às necessidades identificadas nos artigos incluídos. As possíveis alterações serão justificadas na *scoping review*. Se se verificar algum desacordo, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. Sempre que se justificar, os revisores contactarão os autores dos estudos para clarificação de informação.

Tabela 2 - Instrumentos de Extração de Dados

Elementos Principais	Extração de dados	Descrição de Dados
Identificação do Estudo	Referência; Autores; Ano; Título; Revista; nº de Volume	
	Tipo de estudo	1. Estudo primário 2. Revisões sistemáticas
Critérios de Inclusão e Exclusão	P – Adolescentes com T1D C - Programas e/ou intervenções promotoras da autogestão em adolescentes com T1D. Excluídos programas que não apresentem resultados. C – Intervenções via online ou presencial (hospital ou ambulatório), campos de férias ou contexto domiciliário.	1. Sim 2. Não
	Quem são os participantes das intervenções?	1. Adolescentes 2. Adolescentes e pais / família
Características da População	Quem são os profissionais de saúde que implementam as intervenções?	1. Médicos 2. Enfermeiros 3. Psicólogos 4. Psicoterapeutas 5. Nutricionistas 6. Equipa Multidisciplinar 7. Outros, especificar
	Qual a tipologia de intervenção implementada?	1. Educativa 2. Psicossocial 3. De Suporte 4. Comunicacional 5. Outros, especificar
Características das intervenções	Características gerais das intervenções	1. Conteúdos 2. Em grupo 3. Individualmente 4. Duração da Sessão
	Qual o contexto de implementação da intervenção?	6. Contexto de implementação (Hospitalar ou ambulatório) 7. Cuidados domiciliários 8. Online 9. Outros, especificar

Resultados	Quais os indicadores de mudança de comportamentos de autogestão após as intervenções?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autogestão (Complicações agudas e crônicas da doença: hipo e hiperglicemia, administração de insulina, avaliação de glicemia capilar, manutenção da saúde; alimentação e exercício físico). 2. Autoeficácia 3. Conhecimento 4. Qualidade de Vida 5. Autocuidado 6. Hemoglobina glicada
------------	---	--

Resultados

Análise e Apresentação dos Resultados

Os resultados serão apresentados numa tabela, considerando as questões de investigação (tabela 3). A tabela será complementada com uma descrição narrativa dos

resultados, relacionando-os com as questões de investigação previamente estabelecidas. Apresentaremos o conhecimento existente sobre o tema em estudo, lacunas na literatura, bem como possíveis implicações para a saúde e para a investigação.

Tabela 3 - Instrumento para extração de dados: resultados extraídos

Questões de Revisão	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3	...
a) Quais as características das intervenções promotoras da autogestão em adolescentes com T1D?				
b) Quais as funções dos profissionais responsáveis pela implementação dessas intervenções?				
c) Quais os indicadores de mudança de comportamentos de autogestão após as intervenções?				

Discussão

O mapeamento das intervenções implementadas para adolescentes com T1D poderá constituir uma importante ferramenta para a construção de uma intervenção estruturada com foco na promoção da autogestão da diabetes, contribuindo deste modo para a construção e disseminação de conhecimento a este nível. A *scoping review* irá considerar estudos em Inglês, Português e Espanhol, elementos que poderão ser uma limitação do estudo. No sentido de minimizar este efeito, caso surjam artigos considerados relevantes, noutros idiomas, recorreremos a ferramentas que permitirão a tradução e integração dos artigos no *corpus* documental.

Federation; 2019. Available from: <https://www.diabetesatlas.org>

Conclusões

A literatura aponta para o desenvolvimento de intervenções promotoras da autogestão em adolescentes com T1D, em diferentes contextos de intervenção, focados no desenvolvimento de autonomia, qualidade de vida e redução das complicações da T1D. Espera-se que a *scoping review* que resultará deste protocolo, possa aprofundar o conhecimento deste tema, podendo servir como base para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem promotoras da autogestão em adolescentes com T1D.

2. Serlachius AS, Scratch SE, Northam EA, Frydenberg E, Lee KJ, Cameron FJ. A randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy to improve glycaemic control and psychosocial wellbeing in adolescents with type 1 diabetes. *J Health Psychol* [Internet]. 2016 Jun 10;21(6):1157–69. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105314547940>

Referências

1. International Diabetes Federation. IDF: Diabetes ATLAS [Internet]. 9th ed. Belgium:International Diabetes

3. Patton SR, Maahs D, Prahald P, Clements MA. Psychosocial needs for newly diagnosed youth with Type 1 Diabetes and their families. *Curr Diab Rep* [Internet]. 2022 Aug 21;22(8):385–92. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11892-022-01479-8>

4. Cameron FJ, Garvey K, Hood KK, Acerini CL, Codner E. ISPAD Clinical practice consensus guidelines 2018: Diabetes in adolescence. *Pediatr Diabetes* [Internet]. 2018 Oct;19(Suppl. 27):250–61. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/vedi.12702>

5. Mayer-Davis EJ, Kahkoska AR, Jefferies C, Dabelea D, Balde N, Gong CX, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes* [Internet]. 2018 Oct;19(Suppl.27):7–19. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/vedi.12773>

6. Smart CE, Annan F, Higgins LA, Jelleryd E, Lopez M, Acerini CL. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Nutritional management in children and adolescents with diabetes. *Pediatr Diabetes* [Internet]. 2018 Oct;19(Suppl.27):136–54. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pedi.12738>
7. DiMeglio LA, Acerini CL, Codner E, Craig ME, Hofer SE, Pillay K, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Glycemic control targets and glucose monitoring for children, adolescents, and young adults with diabetes. *Pediatr Diabetes* [Internet]. 2018 Oct;19(Suppl. 27):105–14. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pedi.12737>
8. Serlachius A, Northam E, Frydenberg E, Cameron F. Adapting a generic coping skills programme for adolescents with Type 1 Diabetes: A qualitative study. *J Health Psychol* [Internet]. 2012 Apr 28;17(3):313–23. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105311415559>
9. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* [Internet]. 2009 Jul;57(4):217–225.e6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655408002923>
10. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Diabetes (Type 1 and Type 2) in children and young people: Diagnosis and management. [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 16];107–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26334077/>
11. Phelan H, Lange K, Cengiz E, Gallego P, Majaliwa E, Pelicand J, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Diabetes education in children and adolescents. *Pediatr Diabetes* [Internet]. 2018 Oct;19(Suppl. 27):75–83. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pedi.12762>
12. Ory MG, Smith ML, Patton K, Lorig K, Zenker W, Whitelaw N. Self-management at the tipping point: Reaching 100,000 americans with evidence-based programs. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2013 May;61(5):821–3. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12239>
13. Bjornstad P, Donaghue KC, Maahs DM. Macrovascular disease and risk factors in youth with type 1 diabetes: time to be more attentive to treatment? *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2018 Oct;6(10):809–20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213858718300354>
14. Barrett EJ, Liu Z, Khamaisi M, King GL, Klein R, Klein BEK, et al. Diabetic microvascular disease: An Endocrine Society Scientific Statement. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2017 Dec 1;102(12):4343–410. Available from: <http://academic.oup.com/icem/article/102/12/4343/4604942>
15. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2002 Oct;48(2):177–87. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073839910200032>
16. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. [Internet]. 2003 Aug; 26(1):1-7. Available from: https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
17. Flora M, Gameiro M. Self-care of adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus: Knowledge about the disease. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2016 Mar 29;IV Série(8):17–26. Available from: http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2565&id_revista=24&id_edicao=90
18. Hessler DM, Fisher L, Bowyer V, Dickinson LM, Jortberg BT, Kwan B, et al. Self-management support for chronic disease in primary care: frequency of patient self-management problems and patient reported priorities, and alignment with ultimate behavior goal selection. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2019 Dec 29;20(1):120. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-1012-x>
19. Colson S, Côté J, Gentile S, Hamel V, Sapuppo C, Ramirez-Garcia P, et al. An integrative review of the quality and outcomes of diabetes education programs for children and adolescents. *Diabetes Educ* [Internet]. 2016 Oct 19;42(5):549–84. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0145721716658976>
20. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 Oct 2;169(7):467–73. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>
21. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Trico A, Khalil H. Scoping Reviews. In: *JBIManual for Evidence Synthesis* [Internet]. JBI; 2020. Available from: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+A+Scoping+reviews>
22. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth* [Internet]. 2020 Oct;18(10):2119–26. Available from: <https://journals.lww.com/10.11124/JBIES-20-00167>

Medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar: protocolo de *scoping review*

Rita Oliveira¹

 orcid.org/0000-0003-3014-2598


Olga Ramos²

 orcid.org/0000-0002-0039-2433

Joana Capelo³

 orcid.org/0000-0001-9181-3960

Daniela Chamusca⁴

 orcid.org/0000-0002-5390-2193

¹Mestre. Instituto de Ciências da Saúde | Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal.

²Mestre. Instituto de Ciências da Saúde | Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal.

³Mestre. Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal.

⁴Mestre. Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal.

Resumo

Introdução

As mudanças expectáveis num processo de envelhecimento contribuem para o aumento do risco de queda e influenciam a avaliação da própria pessoa quanto ao seu risco de cair. Além das lesões físicas, as quedas podem originar consequências psicológicas, como o medo de cair. Este conceito foi definido como uma preocupação contínua de um indivíduo, quando está de pé ou a caminhar, com a ocorrência de quedas, comprometendo o desempenho das atividades diárias. Neste sentido, o medo de cair é uma resposta humana sensível aos cuidados de enfermagem. Enquanto profissionais de saúde, os enfermeiros devem considerar a avaliação do medo de cair e compreender como este fenómeno se manifesta na pessoa idosa.

Objetivo

Mapear a evidência científica disponível relativa ao medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar.

Critérios de inclusão

Serão considerados estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, assim como, revisões sistemáticas e literatura cinzenta. A revisão incluirá estudos sobre o medo de cair nas pessoas idosas que se encontram em meio hospitalar.

Métodos

Protocolo de *scoping review* segundo o método do *Joanna Briggs Institute*. Estratégia de pesquisa trifásica que terá como objetivo localizar estudos publicados e não publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Não serão considerados limites temporais, geográficos ou culturais na pesquisa. A estratégia de pesquisa será adequada a cada base de dados/repositório na identificação de estudos relevantes. A seleção dos estudos iniciar-se-á pela análise do título e resumo. O texto integral dos estudos selecionados será analisado por dois revisores independentes que procederão à extração de dados com recurso a um instrumento específico.

O protocolo foi registado na plataforma Open Science Framework (DOI - <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/B5V6K>).

Palavras-chave

Medo de Cair; Idoso; Hospital; Revisão.

Autor de correspondência

Ana Rita Capela Oliveira

E-mail: ritaoliveira2323@gmail.com

Recebido: 13.02.2023

Aceite: 17.04.2023

Como citar este artigo: Oliveira R, Ramos O, Capelo J, Chamusca D. Medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar: protocolo de *scoping review*. Pensar Enf [Internet]. 2023 Jul; 27(1):45-51. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.259>



Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde ¹, até 2030, estima-se que o número de pessoas acima dos 60 anos aumentará 34%, passando de 1 bilhão em 2019 para 1,4 bilhões. Até 2050, esta população terá duplicado para 2,1 bilhões a nível mundial.

Em Portugal, o envelhecimento demográfico continua a acentuar-se de forma muito expressiva. De acordo com os Censos 2021 ², o índice de envelhecimento da população, indicador que compara a população com 65 ou mais anos com a população dos 0 aos 14 anos, é de 182, o que significa que existem 182 pessoas idosas por cada 100 jovens.

Com o avançar da idade é expectável que existam mudanças próprias do processo de envelhecimento. A nível biológico, verifica-se uma variedade de danos moleculares e celulares, conduzindo a uma perda gradual nas reservas fisiológicas e um declínio funcional na capacidade intrínseca da pessoa.³ A fraqueza muscular, o comprometimento no equilíbrio, as dificuldades na locomoção e o agravamento da cognição são algumas das mudanças que ocorrem no envelhecimento e estas contribuem para o aumento do risco de queda das pessoas idosas.^{4,5}

A queda pode ser definida como um evento não intencional que resulta na mudança de posição do indivíduo para um nível postural mais baixo em relação à sua posição inicial.⁶ O International Council of Nurses (ICN)⁷ para além de considerar que uma queda é um “evento ou episódio” acrescenta que cair é “descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical”.

Nas pessoas idosas, as quedas são eventos frequentes com possíveis consequências graves para o indivíduo e com impacto económico significativo nas instituições de saúde. Globalmente, a prevalência de quedas em pessoas idosas é de 26,5%⁸, sendo que um terço desta população cai pelo menos uma vez por ano⁶, o que contribui para que as quedas sejam consideradas a segunda principal causa de lesões nas pessoas idosas.⁹

Existem vários fatores de risco que contribuem para a ocorrência de quedas e é consensual utilizar a classificação de fatores intrínsecos e extrínsecos.

Os fatores intrínsecos são condições que estão relacionados com o cliente, como a idade, a comorbidade, história de quedas anteriores, a marcha, o compromisso visual e auditivo, alterações musculoesqueléticas e o comprometimento cognitivo.¹⁰

Já os fatores extrínsecos relacionam-se com o ambiente onde o cliente está inserido. A nível hospitalar destacamos a doença aguda, delírio, período pós-operatório, medicação, mudança de ambiente, equipamentos de apoio, repouso no leito e imobilidade, utilização de calçado inapropriado, iluminação dos espaços, falta de conhecimento sobre prevenção de queda, falha na comunicação entre o cliente e o profissional de saúde.^{6,10} Desta forma, é perceptível que o meio hospitalar é um contexto onde as pessoas idosas podem apresentar um risco de queda extremamente elevado.

Relativamente às consequências das quedas, além das lesões físicas, como a existência de fraturas e lesões cerebrais traumáticas, importa analisar as consequências psicológicas, sendo estas prejudiciais para a pessoa idosa a longo prazo e contribuem para a diminuição da qualidade de vida. A perda de confiança e o medo de cair são dois exemplos das consequências psicológicas e podem resultar num compromisso nos níveis de atividade, levando a uma redução na função física e nas interações sociais.¹¹

O ICN ⁷ define medo como uma “emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir”.

O medo de cair foi reconhecido pela comunidade científica, a partir da década de 80, como um problema de saúde nas pessoas idosas. Este conceito foi denominado por ptofobia, em 1982, e é entendido como a reação fóbica em manter-se de pé e a andar, mesmo não havendo nenhuma alteração neurológica ou ortopédica.¹²

Posteriormente, o medo de cair foi definido como uma preocupação contínua de um indivíduo, quando está de pé ou a caminhar, com a ocorrência de quedas, comprometendo o desempenho das atividades diárias.¹³

Atualmente, o medo de cair pode ser considerado uma condição protetora ou patológica. Por um lado, o medo enquanto fator protetor levará a pessoa idosa a evitar comportamentos de risco e a procurar a promoção da segurança, quer através de medidas que evitem as quedas como nas adaptações da marcha que aumentem a estabilidade. Por outro lado, o medo de cair patológico pode levar a um declínio na qualidade de vida e aumentar o risco de quedas por meio da redução das atividades necessárias para manter a autoestima, confiança, força e equilíbrio.^{5,14}

O medo de cair pode causar uma perda de confiança na capacidade de realizar tarefas do quotidiano, levando a pessoa idosa a restringir as suas atividades diárias¹⁵, ao isolamento social, ao declínio da capacidade física e à perda de independência¹⁶, o que pode resultar em alterações da saúde mental, nomeadamente o surgimento de estados depressivos e ansiosos.¹⁷⁻¹⁹ Outros aspetos psicológicos, como a autoeficácia relacionada com a queda e a autopercção do estado de saúde estão associadas ao medo de cair.¹⁶

O medo de cair revela-se um fator de risco de queda nas pessoas idosas quer tenham ou não histórico de quedas anteriores.²⁰ As pessoas que têm medo de cair tendem a não confiar na sua capacidade de prevenir ou evitar quedas, o que aumenta o risco de cair e exige uma intervenção psicoterapêutica e de reabilitação física.²¹

A estimativa de prevalência das pessoas idosas com medo de cair ronda os 36%, sendo este mais evidenciado nas pessoas que apresentaram uma queda nos últimos três meses.²² Em meio hospitalar, o medo de cair nas pessoas idosas que se encontram em internamento varia entre 36 e 83%.^{17,23}

Sabe-se ainda que nas pessoas idosas internadas em contexto hospitalar, o medo de cair pode ter uma maior influência na recuperação funcional do que a presença de dor ou alterações emocionais. O medo de cair também

reduz a participação dos indivíduos nos exercícios durante o processo de reabilitação, pois apresentam limitação funcional e relutância em se movimentarem.^{17, 24}

A classificação internacional de diagnósticos de enfermagem da NANDA International, Inc. (NANDA-I)²⁵ apresenta o diagnóstico “Risco de quedas em adultos” que é definido como a “susceptibilidade do adulto a vivenciar um evento que resulte em deslocamento inadvertido ao solo, chão ou outro nível inferior que pode comprometer a saúde”.^{25(p468)} Ainda neste diagnóstico é possível constatar que o medo de cair, surge nos fatores de risco, nomeadamente nos “fatores psiconeurológicos”.²⁵

Neste sentido, é perceptível que o medo de cair é uma resposta humana sensível aos cuidados de enfermagem. Enquanto profissionais de saúde, os enfermeiros devem considerar a avaliação do medo de cair e compreender como este fenómeno se manifesta na pessoa idosa.

Considerando esta problemática, realizou-se uma pesquisa preliminar de *scoping review* nas seguintes bases de dados/fontes: *Open Science Framework* (OSF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) (via PubMed) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) (via EBSCO). Encontrou-se uma *scoping review*¹⁸ que mapeou a evidência sobre o medo de cair em pessoas idosas que residem na comunidade. Para além disso, a revisão concentrou os resultados de artigos publicados entre 2015 e 2020 e a pesquisa foi realizada apenas numa base de dados.

Desta forma, esta revisão diferenciou-se da *scoping review* mencionada anteriormente na medida em que prevê abordar o medo de cair da pessoa idosa que se encontra internada em meio hospitalar. O conhecimento sobre esta temática carece de completude e uma *scoping review* facilitará o necessário mapeamento desse conhecimento.

Além de uma *scoping review* permitir mapear as evidências disponíveis sobre um fenómeno, também possibilita a identificação das principais características ou fatores relacionados a um conceito, incluindo aqueles que estão relacionados com a pesquisa metodológica.²⁶

O objetivo desta *scoping review* é mapear a evidência científica disponível relativa ao medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar.

Questão de Revisão

Seguindo as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI)²⁷ para a elaboração de uma *scoping review*, a questão de revisão é desenhada através da mnemónica PCC para *scoping review*, onde P representa “participantes”, C de “conceito” e C de “contexto”.

Para esta revisão definiu-se como Participantes – pessoas com 65 ou mais anos de idade, Conceito – medo de cair e Contexto – meio hospitalar, o que nos leva à seguinte questão de revisão:

Qual a evidência publicada sobre o medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar?

A partir da questão de revisão definida, esta *scoping review* também poderá responder às seguintes questões:

- Qual a evidência publicada sobre os fatores relacionados/etiológicos inerentes ao medo de cair na pessoa idosa?

- Qual a evidência publicada sobre os indicadores clínicos/características definidoras do medo de cair na pessoa idosa?

- Quais os instrumentos que avaliam o medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar?

Critérios de Inclusão

A partir da mnemónica PCC, definimos os critérios de inclusão quanto aos participantes, conceito e contexto.

Participantes

Relativamente aos Participantes, a revisão considerará todos os estudos que incluam como participantes pessoas idosas. Não serão consideradas restrições de género, etnia ou outras características pessoais. Entende-se por pessoa idosa aquela que tem 65 ou mais anos de idade.²⁸

Conceito

Quanto ao Conceito, na revisão serão considerados os estudos que exploram o medo de cair. Entende-se por medo de cair, uma preocupação contínua de um indivíduo, quando está de pé ou a caminhar, com a ocorrência de quedas, comprometendo o desempenho das atividades diárias.¹³

Contexto

No que diz respeito ao Contexto, a revisão irá considerar todos os estudos desenvolvidos em contexto hospitalar, independentemente do tipo de estabelecimento, de ser público ou privado, geral ou especializado, urbano ou rural, de ensino ou não, e certificado ou não.

Tipos de fontes

Esta *scoping review* incluirá estudos com desenhos quantitativos, qualitativos ou métodos mistos.

Os estudos quantitativos incluem qualquer estudo experimental (incluindo ensaios controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados ou outros estudos quase-experimentais, incluindo estudos antes e depois) e estudos observacionais (estudos descritivos, estudos de coorte, estudos transversais, estudos de caso e estudos de série de casos). Já os estudos qualitativos incluem estudos com análise de dados qualitativos, mas não limitados a estudos fenomenológicos, teoria fundamentada, etnografia, descrição qualitativa e pesquisa-ação.

As revisões sistemáticas que atendam aos critérios de inclusão também serão consideradas, dependendo da questão de pesquisa. Por fim, a literatura cinzenta, nomeadamente teses e dissertações, também será englobada na pesquisa.

Métodos

A *scoping review* será conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo JBI para *scoping review*.²⁷

Este protocolo da *scoping review* encontra-se registado na plataforma OSF (DOI – <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/B5V6K>).

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa terá como objetivo localizar estudos publicados e não publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Não serão considerados limites temporais, geográficos ou culturais na pesquisa.

O JBI ^{27,29} recomenda um processo de pesquisa trifásica que deve ser utilizado no desenvolvimento de uma estratégia de pesquisa abrangente:

A primeira fase envolveu a realização de uma pesquisa inicial limitada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCO) para encontrar artigos sobre o

fenómeno de interesse, através do uso dos termos de pesquisa: “*fear of falling*”; “*aged*”; “*hospital**”. Nos artigos relevantes, analisaram-se as palavras contidas nos títulos e resumos, assim como, os termos de indexação usados para descrever os artigos, de forma a desenvolver uma estratégia de pesquisa completa para CINAHL complete (via EBSCO), Web of Science Core Collection, MEDLINE (via PubMed), Scopus.

As estratégias de pesquisa serão adaptadas e individualizadas para cada base de dados de estudos publicados, uma vez que cada uma utiliza o seu próprio vocabulário controlado. A Quadro 1 apresenta uma proposta de estratégia de pesquisa numa das bases de dados.

Quadro 1 – Estratégia de pesquisa utilizada na base de dados - MEDLINE (via PubMed)

Base de Dados	Estratégia de Pesquisa	Resultados
MEDLINE (via PubMed)	#1: "fear of falling"[All Fields]	2,279
	#2: "aged"[MeSH Terms] OR "aged"[Title/Abstract]	3,898,782
	#3: "elder*"[Title/Abstract]	302,509
	#4: "older" [Title/Abstract]	535,444
	#5: "senior*"[Title/Abstract]	49,998
	#6: "older adult*"[Title/Abstract]	113,680
	#7: "older people"[Title/Abstract]	38,820
	#8: "geriatric*"[Title/Abstract]	75,485
	#9: "older person*"[Title/Abstract]	13,565
	#10: #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	4,221,852
	#11: "hospital setting"[Title/Abstract]	13,929
	#12: "inpatient*"[MeSH Terms] OR "inpatient*"[Title/Abstract]	157,237
	#13: "hospital*"[MeSH Terms] OR "hospital*"[Title/Abstract]	1,991,749
	#14: "ward*"[Title/Abstract]	71,416
	#15: #11 OR #12 OR #13 OR #14	2,066,169
	#16: #1 AND #10 AND #15	262
	#17: #16 AND (english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter])	246

As fontes de estudos não publicados, nomeadamente literatura cinzenta, incluem OpenGrey, RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e Banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (Brasil). A pesquisa nesta literatura cinzenta foi realizada com o termo “*fear of falling*”.

A segunda fase envolve a execução das pesquisas específicas da base de dados em cada uma das bases de dados bibliográficas e fontes de informação selecionadas e relatado no protocolo.

A terceira fase envolve a inclusão de quaisquer estudos adicionais relevantes nas listas de referências bibliográficas de todos os estudos selecionados para a revisão.

Seleção dos estudos

Todas as referências bibliográficas identificadas serão agrupadas e geridas no software *Rayyan Intelligent Systematic Review*, (Cambridge/Estados Unidos da América, Doha/Qatar), e as duplicadas serão removidas.

Após a pesquisa, a seleção dos resultados relevantes iniciar-se-á com a análise dos títulos e resumos por dois revisores

independentes, com base nos critérios de inclusão para a revisão já descritos anteriormente.

Posteriormente, o texto completo dos estudos selecionados será avaliado em detalhe com base nos critérios de inclusão por dois revisores independentes. Após a análise do texto integral, os estudos que não atendam aos critérios de inclusão serão excluídos. Os motivos de exclusão destes estudos serão descritos num dos apêndices da *scoping review*. Quaisquer divergências que surjam entre os revisores serão resolvidas por meio de discussão e consenso ou com recurso a um terceiro revisor.

Não será realizada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos por se tratar de uma *scoping review*.²⁹

O processo de pesquisa será exposto na íntegra sob forma narrativa e apresentado sob forma esquemática através de um diagrama de fluxo conhecido como *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), utilizando a extensão para *scoping reviews* denominada *Preferred*

Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).³⁰ Este diagrama demonstra, de forma detalhada, como a pesquisa foi realizada, a seleção dos resultados utilizados atendendo aos critérios de inclusão e a eliminação de duplicados.²⁷

Extração de dados

A extração de dados dos artigos incluídos será realizada por dois revisores independentes, com o apoio de um terceiro revisor para resolver alguma divergência.

Irá ser utilizado um instrumento que considera detalhes específicos sobre a população, o conceito, o contexto e os métodos de investigação relevantes para a questão e o objetivo declarado desta *scoping review*, como indicado pela metodologia desenvolvida pelo JBI (Quadro 2).

Quadro 2 - Instrumento de extração de dados

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título da revisão:	Medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar: uma <i>scoping review</i>
Objetivo da revisão:	Mapear a evidência científica disponível relativa ao medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar.
Questão de revisão:	Qual a evidência publicada sobre o medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar?
Crítérios de Inclusão	
Participantes	Os estudos que incluam como participantes pessoas idosas com idade de 65 ou mais anos.
Conceito	Os estudos que explorem o medo de cair.
Contexto	Os estudos desenvolvidos em meio hospitalar, especificamente hospitais, independentemente do tipo de estabelecimento, de ser público ou privado, geral ou especializado, urbano ou rural, de ensino ou não, e certificado ou não.
Tipos de fontes	Estudos quantitativos, qualitativos ou mistos. Revisões sistemáticas e literatura cinzenta.
Detalhes e Características dos Estudos	
Título do artigo	
Revista (volume, edição, páginas)	
Ano de publicação	
Autor(es)	
País	
Contexto	
Participantes	
Metodologia utilizada para a colheita e análise de dados	
Resultados encontrados	
Medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar	
Fatores relacionados/etiológicos inerentes ao medo de cair na pessoa idosa	
Indicadores clínicos/Características definidoras do medo de cair na pessoa idosa	
Instrumentos que avaliam o medo de cair na pessoa idosa em contexto hospitalar	
Recomendações/Sugestões de Investigação	
Referências bibliográficas relevantes	

De forma aos investigadores se familiarizem com o instrumento de extração de dados, será realizado um teste

piloto com os primeiros cinco artigos. Caso seja necessário, o instrumento de extração de dados poderá sofrer alterações

pertinentes, de acordo com as conclusões do teste piloto e das necessidades emergentes da análise dos artigos elegíveis.

Análise e Apresentação de dados

A organização e síntese da informação recolhida será realizada com o recurso a tabelas e quadros que facilitem a interpretação do leitor. Desta forma, os dados recolhidos serão apresentados em forma esquemática através de uma tabela e acompanhados de quadros resumo descritivo dos artigos incluídos na *scoping review*. As conclusões dos estudos selecionados serão descritas através de um resumo narrativo.

Posteriormente, proceder-se-á à categorização dos resultados encontrados de acordo com a sua similaridade, estando em sintonia com o objetivo e questões de revisão que foram propostas neste protocolo.

Em suma, a apresentação dos dados permitirá identificar, caracterizar e sintetizar o conhecimento sobre o medo de cair na pessoa idosa em meio hospitalar.

Contributos dos autores

RO: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito.

OR: Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito.

JC: Revisão crítica do manuscrito.

DC: Revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelas autoras.

Referências

- World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing: plan of action. 2020 [cited 2023 Jan 3]; Available from: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Instituto Nacional de Estatística IP. Censos 2021 resultados definitivos: Portugal. [Internet]. Lisboa: INE; 2022 [cited 2023 Jan 6]. Available from: www.ine.pt
- World Health Organization. World report on ageing and health. [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2015 [cited 2023 Jan 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- Alves Junior ED. Envelhecimento e vida saudável. Rio de Janeiro: Apicuri; 2009.
- World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2007. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924156353>
- World Health Organization. Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924002191->
- International Council of Nurses. ICNP Browser [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 10]. Available from: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/chealth/icnp--browser>
- Salari N, Darvishi N, Ahmadipanah M, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res [Internet]. 2022 Jun 28;17(1):334. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03222-1>
- Kramarow E, Chen LH, Hedegaard H, Warner M. Deaths from unintentional injury among adults aged 65 and over: United States, 2000-2013. NCHS Data Brief, 199. [Internet] 2015. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db199.pdf>
- Callis N. Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. Appl Nurs Res [Internet]. 2016; 29:53-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.007>
- Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. [Internet] 2019 Jan 31;1(1):CD012424. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2>
- Bhala RP, O'Donnell J, Thoppil E. Ptophobia: Phobic fear of falling and its clinical management. Phys Ther. [Internet]. 1982 Feb 1;62(2):187-90. Available from: <https://doi.org/10.1093/ptj/62.2.187>
- Tinetti M, Powell L. Fear of falling and low self-efficacy: a cause of dependence in elderly persons. J Gerontol. [Internet]. 1993;48 Spec_issue:35-8. Available from: https://doi.org/10.1093/geronj/48.special_issue.35
- Schoene D, Heller C, Aung YN, Sieber CC, Kemmler W, Freiberger E. A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: Is there a role for falls? Clin Interv Aging [Internet]. 2019 Apr 24; 14:701-19. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S197857>
- Lee JH, Choi MK, Kim CO. Falls, a fear of falling and related factors in older adults with complex chronic disease. J Clin Nurs. [Internet]. 2017 Dec 1;26(23-24):4964-72. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.13995>

16. Santos EPR, Ohara DG, Patrizzi LJ, Walsh IAP, Silva CFR, Silva Neto JR, et al. Investigating factors associated with fear of falling in community-dwelling older adults through structural equation modeling analysis: A cross-sectional study. *J Clin Med*. [Internet]. 2023 Jan 9;12(2):545. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm12020545>
17. Damar HT, Bilik Ö, Baksi A, Akyil Ş. Examining the relationship between elderly patients' fear of falling after spinal surgery and pain, kinesiophobia, anxiety, depression and the associated factors. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2021 Sep 1;42(5):1006–11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.06.010>
18. MacKay S, Ebert P, Harbidge C, Hogan DB. Fear of falling in older adults: A scoping review of recent literature. *Can Geriatr J* [Internet]. 2021 Dec 1;24(4):379-94. Available from: <https://doi.org/10.5770/cgj.24.521>
19. Silva KM, Azevedo RCS, Reiners AAO, Oliveira AD, Silva AMC. Prevalência e fatores associados ao medo de cair em idosos sem histórico de quedas. *Rev Enf UFSM* [Internet]. 2021 Dec 22;11:e80. Available from: <https://doi.org/10.5902/2179769264533>
20. Pena SB, Cristina H, Carvalho Q, Guimarães P, Lopes JL, Guandalini LS, et al. Medo de cair e o risco de queda: revisão sistemática e metanálise. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2019;32(4):456–63. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900062>
21. Visschedijk J, van Balen R, Hertogh C, Achterberg W. Fear of falling in patients with hip fractures: Prevalence and related psychological factors. *J Am Med Dir Assoc*. [Internet]. 2013;14(3):218–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.10.013>
22. Boyd R, Stevens JA. Falls and fear of falling: Burden, beliefs and behaviours. *Age Ageing*. [Internet]. 2009;38(4):423–28. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afp053>
23. Dadgari A, Hojati H, Mirrezaie SM. The relationship between the risk of falling and fear of falling among aged hospitalized patients. *Nurs Prac Today*. [Internet]. Dec 1;7(1):30–7. Available from: <https://doi.org/10.18502/npt.v7i1.2297>
24. Visschedijk J, Achterberg W, Van Balen R, Hertogh C. Fear of falling after hip fracture: A systematic review of measurement instruments, prevalence, interventions, and related factors. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2010; 58(9):1739–48. Available from: <https://doi.org/10.1111/i.1532-5415.2010.03036.x>
25. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2021-2023*. 12th ed. New York: Thieme Medical Publishers; 2021.
26. Munn Z, Pollock D, Khalil H, Alexander L, McLnerney P, Godfrey CM, et al. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIEvid Synth* [Internet]. 2022 April; 20(4):950–52. Available from: <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>
27. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIE Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://doi.org/10.46658/IBIMES-20-12>
28. OECD. Elderly population (indicator). [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 8]. Available from: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>
29. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Khalil H, Larsen P, Marnie C, et al. Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIEvid Synth*. [Internet]. 2022 Apr 9;20(4):953–68. Available from: <https://doi.org/10.11124/IBIES-21-00242>
30. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Internl Med*. [Internet]. 2018; 169:467–73. Available from: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Cuidados de enfermagem na prevenção de quebras de pele no idoso: revisão integrativa da literatura

Resumo

Introdução

As quebras de pele, ou *skin tears*, são consideradas lesões de etiologia traumática que podem resultar de uma variedade de forças mecânicas, como cisalhamento ou forças de atrito, trauma contuso, quedas, manuseamento inadequado, lesão provocada por equipamento ou remoção de pensos aderentes.

São feridas agudas que têm alta probabilidade de se tornarem feridas crônicas complexas. Causam dor, aumentam os custos de saúde, reduzem a qualidade de vida dos utentes e são fonte de stress para a pessoa. Prolongam o tempo de internamento e aumentam o risco de morbidade.

As quebras de pele são uma problemática crescente, tornando-se fulcral investir nesta temática com o intuito de promover a sua prevenção e o tratamento adequado.

Objetivo

Identificar os cuidados de enfermagem e as estratégias na prevenção de quebras de pele no idoso.

Métodos

Foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações no motor de busca EBSCOhost, que incorpora as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Cochrane Database of Systematic Reviews e na base de dados PubMed, realizado em junho de 2022. Num total de 26 registos, foram devolvidos cinco satisfazendo os critérios de inclusão. Os estudos incluídos (n=5) foram realizados entre os anos de 2012 e 2022.

Resultados

Na amostra dos artigos foi possível identificar os benefícios da aplicação bidiária de produtos tópicos, cremes hidratantes e emolientes, e a relevância da administração oral durante 8 semanas de um suplemento nutricional oral na hidratação do estrato córneo e na elasticidade da pele, assim como, a importância da prevenção primária e a promoção da educação para a saúde nos cuidados à pele do idoso.

Conclusão

Os cuidados preventivos para evitar quebras de pele no idoso centram-se na aplicação tópica bidiária de cremes hidratantes e emolientes, nutrição (administração de suplementos nutricionais orais com 10g de peptídeos de colagénio) e hidratação adequadas; acautelar traumas cutâneos proporcionando um ambiente seguro com dispositivos adequados, e através da promoção da educação para a saúde.

Palavras-chave

Quebras de Pele; Prevenção; Eficácia; Idosos, Cuidados de Saúde, Cuidados de Enfermagem.

Ana Carina Tavares¹

 orcid.org/0000-0003-4328-0957

Lúisa Olivença²

 orcid.org/0000-0002-8762-9148

Marisa Vilas Boas³

 orcid.org/0000-0001-6690-0018

¹ ACES Amadora / UCC Amadora+, Amadora, Portugal.

² Hospital das Forças Armadas Pólo de Lisboa / Serviço Medicina Subaquática e Hiperbárica, Lisboa, Portugal; Diaverun Portugal, Sintra, Portugal.

³ Hospital das Forças Armadas Pólo de Lisboa / Departamento Cirúrgico Ala A, Lisboa, Portugal

Autor de correspondência

Ana Carina Tavares

E-mail: anacarinatavares@gmail.com

Recebido: 17.11.2022

Aceite: 03.05.2023

Como citar este artigo: Tavares A, Olivença L, Vilas Boas M. Cuidados de enfermagem na prevenção de quebras de pele no idoso: revisão integrativa da literatura. *Pensar Enf* [Internet]. 2023 Jul; 27(1): 46-55. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.214>



Introdução

O envelhecimento é caracterizado pelo declínio natural, dinâmico e progressivo do qual ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, aumentando assim a vulnerabilidade das pessoas idosas e a uma maior ocorrência de processos patológicos.

Com o avanço da idade, segundo Papaléo,⁶ a pele tende a tornar-se mais flácida e fina, havendo uma diminuição da espessura da epiderme-derme, do tamanho dos queratinócitos, da proliferação celular no estrato basal e das alterações estruturais e arquitetônicas das fibras elásticas que tornam o sistema de colagénio vulnerável às forças mecânicas. Existe também um comprometimento acentuado do metabolismo do colágeno, e conseqüentemente, a pele torna-se menos elástica e mais fina.

Para Oriá *et al.*,⁷ a função de barreira da pele também fica alterada, ocorrendo diminuição da hidratação do estrato córneo, comprometimento das glândulas sebáceas e sudoríparas e diminuição do leito vascular com fragilidade dos vasos sanguíneos. De acordo com LeBlanc *et al.*,⁸ estas alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento levam ao aumento da ocorrência de quebras de pele e conseqüentemente ao comprometimento da homeostasia do corpo humano.

As quebras de pele, quebras cutâneas ou *skin tears* são consideradas lesões de etiologia traumática que podem resultar de uma variedade de forças mecânicas, como cisalhamento ou forças de atrito, trauma contuso, quedas, manuseamento inadequado, lesão provocada por equipamentos ou remoção de pensos aderentes. Podem ocorrer em qualquer região anatômica, mas são mais frequentes nas extremidades, em particular nos membros superiores, onde ocorrem 70 a 80% nas mãos e antebraços.^{5,9,10}

As quebras de pele são uma problemática com alguma prevalência nos idosos e com um impacto negativo quer na sua qualidade de vida, quer no aumento dos custos para a pessoa e sistema de saúde. Por isso, é fulcral a abordagem desta temática e analisar as evidências científicas, em estudos nacionais e internacionais, sobre os cuidados de enfermagem na prevenção em idosos.

Tendo em conta os diversos contextos profissionais das revisoras, foi consensual que as quebras de pele são cada vez mais prevalentes e transversais aos distintos serviços, suscitando a necessidade de aprofundar conhecimentos e de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, de forma a prevenir possíveis complicações.



Para a realização deste estudo tivemos como questão de partida: “Quais os cuidados de enfermagem na prevenção de quebras de pele no idoso?”, em que o objetivo geral é avaliar o estado da arte relativamente à prevenção de quebras de pele no idoso. Como objetivo específico temos: Identificar os cuidados de enfermagem e as estratégias na prevenção de quebras de pele no idoso. Esta revisão integrativa é dividida em quatro partes: a metodologia, onde é realizada uma descrição do método de elaboração da pesquisa e apresentação do fluxograma do processo de seleção dos artigos; os resultados da amostra organizados pelo nome do artigo, ano, objetivo, amostra, tipo de estudo, a metodologia utilizada e as principais conclusões; a discussão dos principais resultados da revisão e as limitações do estudo; a conclusão que engloba a interpretação geral dos resultados, relevância para a prática clínica, implicações para futuras investigações e pontos fortes e limitações da revisão.

Métodos

Segundo Soares *et al.*,¹¹ uma revisão integrativa da literatura é desenvolvida com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de estudos realizados, através de diferentes metodologias, para o aprofundamento do conhecimento do tema escolhido.

Partindo da questão de partida: “Quais os cuidados de Enfermagem na prevenção de quebras de pele no idoso?”, procedeu-se a uma pesquisa no motor de busca na EBSCOhost integrando a base de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Cochrane Database of Systematic Reviews e na PubMed, por forma a identificar os artigos no âmbito da temática, utilizando as palavras de linguagem natural e termos indexados mediante os elementos PEO descritos, empregando os operadores booleanos “OR” e “AND” e uso de truncaturas (consoante a tabela 1).

Tabela 1 - Combinação OR e AND em todos os conceitos-chave identificados para a estratégia de pesquisa.

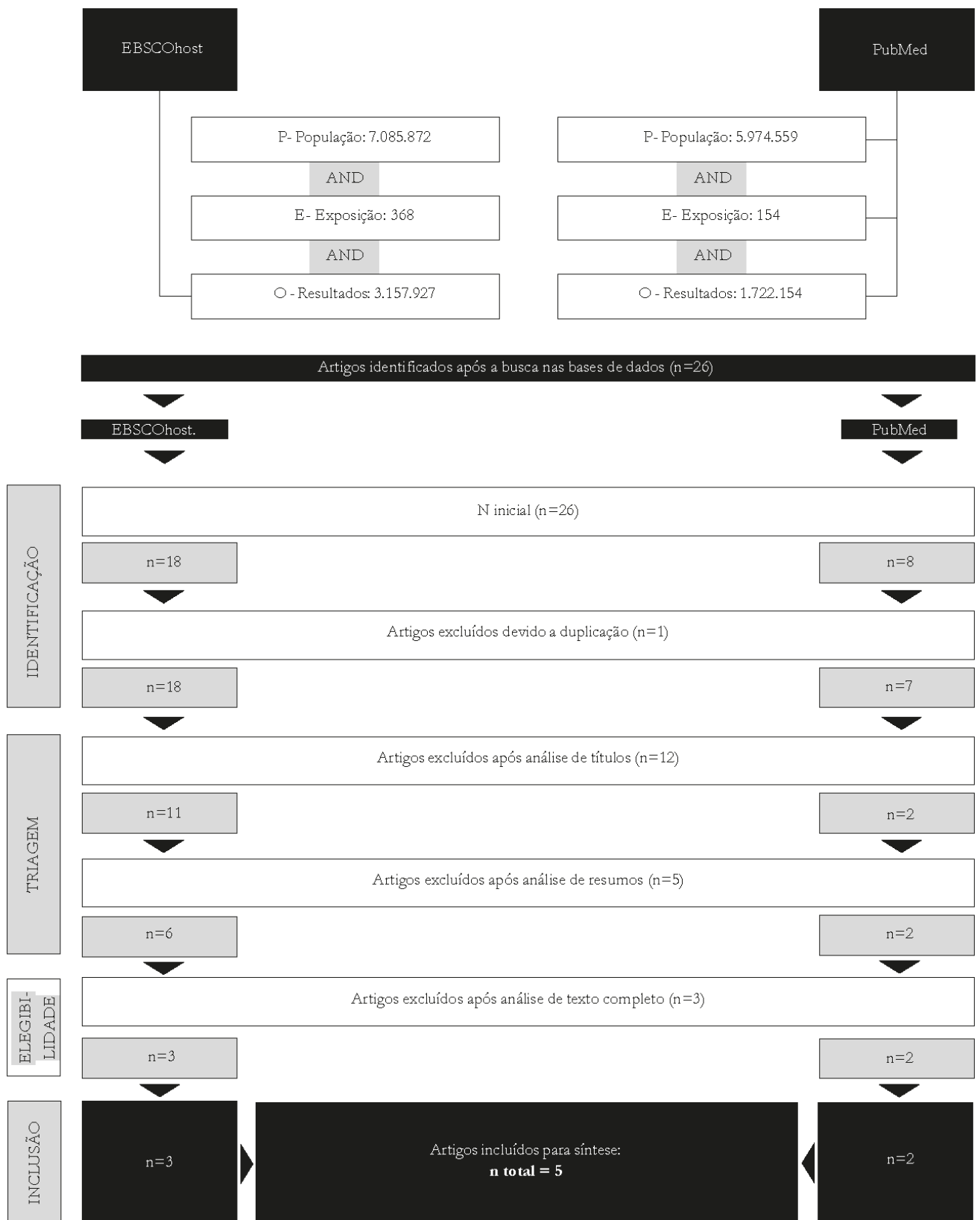
P - População	AND	E - Exposição	AND	O - Resultados
Idosos com mais de 65 anos		Prevenção de Quebras de Pele		Cuidados de Enfermagem
Elderly <u>OR</u> "old man" <u>OR</u> "aged" <u>OR</u> "frail elderly" <u>OR</u> "Old people" <u>OR</u> "65 over" <u>OR</u> "older people"		Prevent* <u>OR</u> Effectiv*  "Skin tears" <u>OR</u> "skin laceration"		"nursing care" <u>OR</u> 'nursing strategies" <u>OR</u> "nursing tasks" <u>OR</u> nursing procedures" <u>OR</u> 'nursing guidelines" <u>OR</u> "nursing involvement" <u>OR</u> "nursing activities" <u>OR</u> "Nurses's Role" <u>OR</u> 'Nursing" <u>OR</u> "nursing interventions" <u>OR</u> "nursing instructions" <u>OR</u> 'nursing recommendations"  "Health care"

Foram considerados todos os artigos que abordassem a questão de investigação, em texto completo disponíveis online nas bases de dados utilizadas, de forma gratuita, publicados entre os anos de 2012 e de 2022, escritos em português, inglês e espanhol, por serem os idiomas dominados pelas revisoras.

Definiu-se como critério de inclusão de pesquisa a faixa etária: idosos (maiores de 65 anos) e sem contexto social, ou seja, estavam englobadas pessoas em regime ambulatorio ou internadas em hospitais, centros de dia, unidades de convalescença ou outras instituições de saúde.

Desta busca realizada nas bases de dados supramencionadas em junho de 2022, obteve-se a soma de vinte e seis artigos, entre os quais um era duplicado, doze foram excluídos pela leitura do título, cinco rejeitados pela leitura do resumo e três eliminados pela leitura do texto completo. O resultado final foi a inclusão de cinco artigos para a realização da revisão, após a sua leitura integral conforme explicitado na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos após aplicação dos critérios de inclusão.



As etapas de pesquisa dos artigos obtidos foram realizadas de forma independente pelas três revisoras, para apreciação

do cumprimento dos critérios de elegibilidade para a presente revisão. Após esta primeira seleção foram extraídos

os textos integrais (da potencial evidência relevante), e avaliados detalhadamente com o intuito de detetar quaisquer desvios dos critérios de inclusão.

Para a progressão de um artigo para a fase de leitura integral, era necessário que pelo menos duas das três revisoras o considerasse elegível para tal.

Resultados

Os resultados da amostra estão apresentados na tabela abaixo, organizada pelo nome do artigo, ano, objetivo, amostra, tipo de estudo, metodologia utilizada e as principais conclusões referentes aos artigos finais que foram englobados nesta revisão integrativa.

Tabela 2 – Resultados dos artigos finais englobados na revisão integrativa

Nome do artigo	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Metodologia	Principais conclusões
The effectiveness of a twice-daily skin-moisturising regimen for reducing the incidence of skin tears; Carville K, et al. 2014 ⁴	Avaliar a eficácia de um regime de hidratação padronizado, duas vezes ao dia, na prevenção de quebras de pele em utentes internados em instituições de saúde.	980 utentes internados em 14 instituições de saúde da Austrália Ocidental	Ensaio clínico controlado randomizado de cluster	As instituições de idosos foram divididas em 7 pares, definidos quanto a número de camas e prestação de alta ou baixa assistência clínica. Uma unidade de saúde de cada par combinado foi randomizada para o grupo de intervenção e a outra para o grupo de controle. No grupo de intervenção, os idosos receberam uma aplicação duas vezes ao dia de um hidratante padronizado de pH neutro e sem perfume, nas extremidades do corpo, aplicado suavemente e de cima para baixo. Os idosos das unidades de saúde de controle não receberam nenhum regime padronizado de hidratação da pele. Para analisar os dados recolhidos ao longo de 6 meses foi utilizado o software aplicativo <i>SPSS, versão 19</i> .	A aplicação de hidratante, duas vezes ao dia, reduziu a incidência de quebras de pele em quase 50% dos utentes que vivem nas instituições de saúde. A percentagem mais alta de quebras de pele a nível das extremidades dos membros inferiores verificou-se nas instituições de baixa assistência clínica. Os idosos mais dependentes apresentaram quebras de pele a nível dos braços. O principal fator que contribuiu para as quebras de pele em ambos os grupos foi a fragilidade da pele, relacionada com a idade.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Skin tear prevention in elderly patients using twice-daily moisturiser; Finch K, et al, 2018¹²</p>	<p>Testar a eficácia da aplicação duas vezes ao dia de hidratante nas extremidades dos utentes idosos hospitalizados, durante 12 meses (janeiro a dezembro de 2013).</p>	<p>Incluídos 762 utentes elegíveis no grupo de intervenção e 415 utentes no grupo de controle histórico (mais de 65 anos)</p>	<p>Estudo de intervenção prospetivo</p>	<p>O estudo de intervenção prospetivo foi realizado e comparado com os resultados dos controlos históricos (estudo realizado de julho a dezembro em 2011, que envolveu 415 utentes, com duração de 6 meses). Os utentes foram admitidos no hospital privado de Brisbane (45 camas na enfermaria de reabilitação e 30 na enfermaria <i>acute/subacute</i>).</p> <p>Aplicados os seguintes critérios de Exclusão: utentes que não assinaram o consentimento; em internamento diurno na enfermaria de reabilitação; os inaptos pelo médico; e os que por condições médicas não poderiam aplicar o creme. Critérios de inclusão: idade do utente; sexo; ala internamento; avaliação do risco de úlcera por pressão (utilizando a <i>Waterlow Scale</i>); risco de quedas do utente; estado cognitivo; características da pele, como seca ou descolorada; número de lesões cutâneas; dia e horário de ocorrência do <i>skin tear</i>; localização anatómica das lesões cutâneas; a Classificação STAR <i>Skin Tear</i>; fatores que podem ter contribuído para uma lesão cutânea (avaliada por um membro da equipa após discussão com o utente) e o local da enfermaria onde ocorreu a lesão cutânea. Os utentes do grupo de intervenção foram sujeitos à aplicação bidária de hidratante não perfumado com pH neutro nos braços e pernas, enquanto os utentes do grupo de controle não foram submetidos a qualquer aplicação de creme.</p> <p>As taxas mensais de incidência de lesões cutâneas foram calculadas como número de lesões cutâneas/dias de camas ocupadas e as estatísticas foram realizadas com o IBM SPSS for Windows, Versão 2.3.</p>	<p>A aplicação de creme hidratante não perfumado e com pH neutro, duas vezes ao dia reduziu as quebras de pele em quase 50%. Esta frequência auxilia na manutenção da hidratação da pele e na sustentação e reparação da função de barreira cutânea, independentemente do estabelecimento de cuidados de saúde.</p> <p>Produz evidências para apoiar os benefícios da aplicação duas vezes ao dia de creme hidratante nas extremidades de utentes idosos hospitalizados quando o objetivo é reduzir a incidência de quebras de pele. Esta intervenção de custo relativamente baixo tem o potencial de reduzir os custos dos cuidados de saúde e melhorar os resultados dos cuidados.</p>
--	--	---	---	---	--

Effect of an Oral Nutrition Supplement Containing Collagen Peptides on Stratum Corneum Hydration and Skin Elasticity in Hospitalized Older Adults: A Multicenter Open-label Randomized Controlled Study; Nomoto T, Iizaka S., 2020 13	Investigar o efeito da administração oral de um suplemento nutricional contendo peptídeos de colágeno na hidratação do estrato córneo	39 utentes com 65 anos ou mais	Estudo aberto e controlado randomizado	Um estudo multicêntrico, aberto e controlado randomizado, foi conduzido para determinar o efeito da administração oral durante 8 semanas de um suplemento de nutrição oral, contendo 10g de peptídeos de colágeno, na hidratação do estrato córneo e na elasticidade da pele em 39 idosos internados em enfermarias de reabilitação e convalescença. Comparação com os residentes do grupo de controlo. O IBM <i>Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)</i> versão 19 foi usado para analisar os dados.	Suplementos nutricionais orais que contêm peptídeos de colágeno podem reduzir a vulnerabilidade da pele em idosos e, assim, prevenir condições como as quebras de pele. Após 8 semanas, a hidratação do estrato córneo e a elasticidade da pele foram significativamente maiores no grupo de intervenção que consumiu suplementos nutricionais orais do que no grupo de controlo que não consumiu. Isso indica que os suplementos nutricionais orais contendo peptídeos de colágeno podem reduzir a vulnerabilidade da pele dos idosos, ajudando a prevenir problemas como quebras de pele. Os mecanismos de tais melhorias são desconhecidos, mas a ingestão dos peptídeos de colágeno contidos nos suplementos nutricionais orais pode estimular o crescimento de fibroblastos da pele e a síntese de ácido hialurónico.
---	---	--------------------------------	--	---	--

<p>Skin Tear in the Elderly; Spin M, <i>et al</i>; 2021 ¹⁴</p>	<p>Identificar, na literatura científica, o conhecimento produzido sobre quebras de pele em idosos.</p>	<p>Oito artigos, selecionados, agrupados em categorias qualitativas e quantitativas e categorizados em temas, de acordo com a similaridade das conclusões dos estudos analisados.</p>	<p>Revisão integrativa de literatura</p>	<p>Pesquisa realizada nas plataformas/bases de dados da <i>National Library of Medicine, Biomedical Answers Virtual Health Library</i>, com descritores e operadores booleanos "and" e "or" entre os anos 2014-2019, utilizando os seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponibilizados gratuitamente e na íntegra em português, inglês e/ou espanhol. A questão de investigação foi definida com base na estratégia PICO.</p> <p>Os pacientes que apresentavam desnutrição, desidratação e baixos níveis de albumina sérica estavam mais propensos ao aparecimento de quebras de pele. Atividades realizadas durante os cuidados diários podem reduzir pela metade a incidência de quebras de pele, (uso de produtos tópicos para a pele, como hidratantes hipoalergênicos à base de ácido láctico ou de ureia duas vezes ao dia). Para o banho, o uso de sabonetes pode afetar as características fisiológicas da pele e torná-la propensa ao aparecimento de lesões. O uso de sabonetes alcalinos, antibacterianos ou perfumados pode alterar o microclima da pele, por isso recomenda-se substituí-los por sabonetes com pH neutro, uso de água morna e diminuição da duração e periodicidade do banho (é recomendado o banho a cada dois dias). Para a prevenção de quebras de pele em idosos emergiram os seguintes pilares do cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manutenção da homeostase orgânica e tissular com foco na nutrição e hidratação apropriada; • evitar traumas na pele frágil, proporcionando um ambiente seguro com dispositivos adequados; • sistematização da assistência e educação em saúde do cuidado com a pele do idoso. • mecanismos de prevenção que englobam a realização da prevenção primária por meio de um plano de cuidados singular e as atividades de educação para a saúde, focadas nos fatores de risco e nas vulnerabilidades, minimizando danos e complicações.
---	---	---	--	--

Preventing skin tears among older adults in the community; Palmer SJ, 2021 ¹⁵	Prevenção de quebras de pele no idoso na comunidade - orientações da Wounds UK e Wounds International de 2018.	Não aplicado	Opinião de especialista	<p>Não aplicado</p> <p>A prevenção das quebras de pele deve centrar-se nos fatores de risco da pessoa portadora de quebras de pele.</p> <p>A terapia emoliente promove a saúde geral da pele, e a aplicação duas vezes ao dia reduz a incidência de quebras de pele em 50%.</p> <p>O banho deve ser realizado com produtos emolientes e com pH neutro quando necessário. A frequência do banho deve ser minimizada. A temperatura da água não deve ser muito quente para não destruir a epiderme, tendo o cuidado de secar a pele do utente (não esfregar), com o uso de panos macios e toalhas que não sejam abrasivas para a pele.</p> <p>O regime de prevenção de quebras de pele também deve envolver elementos holísticos que considerem a saúde geral do utente, a nutrição e a hidratação adequadas e a polimedicação.</p> <p>Incentivar o utente acerca das medidas preventivas e saúde geral da pele pode ser benéfico para que ele possa monitorizar a sua própria pele relativamente a alterações cutâneas. Os utentes também podem ser motivados a estar cientes dos potenciais riscos e atentos ao seu ambiente, evitando, assim, autolesão na pele frágil.</p> <p>Uma lista de verificação de autocuidado pode ser fornecida aos utentes que são capazes de compreendê-la e usá-la, para que possam monitorizar a sua própria saúde e bem-estar da pele.</p> <p>O risco de trauma pode ser mitigado com algumas considerações: evitar atrito e cisalhamento, e realizar as técnicas suaves de transferência dos utentes e recorrendo a equipamentos quando necessário. Podem-se almofadar os equipamentos com superfícies pontiagudas e móveis, a fim de garantir um ambiente seguro, assim como, usufruir de iluminação adequada e sem obstáculos.</p> <p>A educação e a consciencialização são vitais, tanto para o utente como para o profissional de saúde, para minimizar o risco de lesões na pele.</p>
--	--	--------------	-------------------------	---

Discussão

A discussão de resultados visa dispor a informação mais relevante, atual e credível obtida pela leitura integral da amostra, de forma a dar resposta à nossa questão de partida: “Quais os cuidados de Enfermagem na prevenção de quebras de pele no idoso?”

A amostra é composta por artigos de diferentes tipos de estudos, nomeadamente: de intervenção prospetiva; ensaio clínico controlado randomizado de cluster; estudo multicêntrico, aberto e controlado randomizado; revisão integrativa da literatura; e artigo de opinião de especialista.

Dos estudos finais: dois avaliaram os benefícios de aplicação de produtos tópicos, cremes hidratantes e emolientes; outro sobre o efeito da administração oral de um suplemento nutricional durante 8 semanas na hidratação do estrato córneo e na elasticidade da pele; a revisão integrativa identificou na literatura científica o conhecimento produzido sobre a prevenção das quebras de pele no idoso; e por fim um artigo de opinião de especialistas abordou a prevenção de quebras de pele no idoso na comunidade.

Os estudos que avaliaram os benefícios do uso de preparações tópicas demonstram que a incidência de

quebras de pele nos idosos diminuiu drasticamente, independentemente do local de internamento.^{4,12} É importante realçar que os estudos recorreram aos membros superiores e membros inferiores para aplicação das preparações tópicas, visto que, as quebras de pele são mais propensas a ocorrerem nestes locais anatómicos.

O estudo de Finch *et al.*¹² demonstrou que a aplicação de uso hidratante duas vezes ao dia, numa amostra de 762 utentes, reduziu as quebras de pele quase em 50%, destacando os benefícios associados à aplicação deste, independentemente da unidade de cuidados de saúde.

Carville *et al.*⁴ concluíram que numa amostra de 980 idosos em 14 instituições residenciais na Austrália Ocidental, durante seis meses, uma aplicação suave e de cima para baixo, nos braços e pernas, duas vezes ao dia de um hidratante padronizado, com pH neutro e sem perfume, reduzia a incidência de quebras de pele em quase 50% dos idosos. A percentagem mais alta de quebras de pele a nível das extremidades dos membros inferiores verificou-se nas instituições de baixa assistência de cuidados. Os idosos mais dependentes apresentaram maior percentagem de quebras de pele a nível dos braços.

O uso de produtos tópicos para a pele, como hidratantes hipoalergénicos à base de ácido láctico ou ureia, duas vezes ao dia, pode reduzir pela metade a incidência de lesões cutâneas, e o uso de sabonetes alcalinos, antibacterianos ou perfumados pode alterar o microclima da pele, por isso recomenda-se substituí-los por sabonetes com pH neutro, uso de água morna e diminuição da duração e periodicidade do banho, (recomendado banho a cada dois dias), defendido por Spin *et al.*¹⁴

Esta conclusão também é alcançada no artigo de Palmer,¹⁵ ao referir que a terapia emoliente promove a saúde geral da pele e a aplicação bidária reduz a incidência de quebras cutâneas em 50%. A frequência do banho deve ser minimizada e realizada somente quando necessário, com uso de produtos emolientes e com pH neutro. A temperatura da água não deve ser muito quente para não destruir a epiderme, tendo o cuidado de secar a pele do utente (não esfregar), com o uso de panos macios e toalhas que não sejam abrasivos para a pele.

Segundo Palmer,¹⁵ a prevenção das quebras cutâneas deve envolver elementos holísticos, que considerem a saúde geral do utente, a nutrição e a hidratação adequadas.

Aconselhar o utente sobre quebras de pele e as medidas preventivas pode ser benéfico para que os utentes possam monitorizar alterações da sua própria pele e evitar autolesão da pele frágil.

O risco de trauma potencial pode ser mitigado com algumas considerações, tais como: evitar atrito e cisalhamento, boas técnicas de manuseio manual, recorrendo a dispositivos como guinchos e transferes; deve-se almofadar os equipamentos e móveis; e garantir um ambiente seguro (por exemplo, com iluminação adequada e sem obstáculos).

O estudo de Nomoto & Iizaka,¹³ conclui que a administração de suplementos nutricionais orais contendo peptídeos de colagénio durante 8 semanas podem reduzir a vulnerabilidade da pele em idosos e, assim, prevenir as quebras de pele. Os mecanismos de tais melhorias são desconhecidos, mas a ingestão dos peptídeos de colagénio contidos nos suplementos nutricionais orais podem estimular o crescimento de fibroblastos da pele e a síntese de ácido hialurónico.

Spin *et al.*,¹⁴ referem que os utentes que apresentam desnutrição, desidratação, e baixos níveis de albumina sérica, estão mais propensos ao aparecimento de lesões, pois o índice de massa corporal contribui para o envelhecimento precoce da pele.

Assim, e segundo Spin *et al.*,¹⁴ para a prevenção das quebras de pele em idosos emergiram quatro pilares do cuidado:

- manutenção da homeostase orgânica e tissular com foco na nutrição e hidratação apropriadas;
- evitar traumas na pele envelhecida, proporcionando um ambiente seguro com dispositivos adequados;
- sistematização da assistência e educação para a saúde do cuidado com a pele do idoso;

mecanismos de prevenção, que englobem um plano de cuidados singular e atividades de educação para a saúde, focadas nos fatores de risco e nas vulnerabilidades, minimizando danos e complicações.

A educação e a conscientização são vitais tanto para o utente, como para o profissional de saúde poder minimizar o risco de lesões na pele.

Conclusão

A elaboração desta revisão integrativa da literatura permitiu-nos obter algumas respostas à questão PEO inicialmente proposta.

Com a análise dos artigos, que integraram a amostra, concluímos que existe uma relação entre a aplicação tópica de produtos de cuidados à pele, como cremes hidratantes e emolientes, e a redução da prevalência de desenvolvimento de quebras de pele, em cerca de 50%.

Apesar do estudo ter uma amostra pequena, demonstrou que a administração de suplementos nutricionais orais com 10g de peptídeos de colagénio podem reduzir a vulnerabilidade da pele dos idosos e, assim, prevenir as quebras de pele.

A prevenção primária e a promoção da educação para a saúde nos cuidados à pele do idoso têm um papel crucial na prevenção das quebras de pele nesta faixa etária. A visão holística da pessoa portadora de quebra de pele, a promoção dos cuidados da pele, a gestão dos cuidados de higiene, um ambiente seguro e uma dieta equilibrada são fulcrais para a prevenção de quebras de pele no idoso independentemente de estar em contexto domiciliar ou em contexto institucional.

Após a revisão sistemática da literatura foi perceptível a escassez de estudos para fundamentar os cuidados de enfermagem na prevenção de quebras de pele no idoso.

Tendo em conta que as quebras de pele são dolorosas, afetam a qualidade de vida da pessoa portadora da lesão e dos cuidadores, podem ser um foco de infeção e provocam encargos para a pessoa/família e para o sistema de saúde, é imprescindível a realização de mais estudos sobre esta problemática no futuro.

Este estudo, para as profissionais de saúde que o elaboraram, foi enriquecedor na medida em que foram obtidos conhecimentos sobre os benefícios da aplicação de produtos de cuidados da pele como cremes hidratantes e emolientes (principalmente com a sua aplicação duas vezes ao dia), servindo de base para a elaboração de uma orientação técnica nas suas instituições de saúde.

Como enfermeiros, temos responsabilidade de instruir as famílias e cuidadores, bem como os técnicos operacionais de saúde, para a prevenção das quebras de pele. Este estudo servirá de fundamentação para a elaboração de futuras formações em serviço sobre a temática, direcionadas aos profissionais de saúde da equipa multidisciplinar e/ou os cuidadores informais.

Com cuidados de baixo custo e de fácil aplicabilidade, podemos reduzir a incidência de quebras de pele em cerca de 50%, aumentar a qualidade de vida da pessoa, e diminuir os encargos deste tipo de lesão tecidual ao sistema de saúde e aos utentes/famílias.

Contribuições autorais

ACCT: Elaboração do artigo, desde a recolha de dados, análise e interpretação dos dados, redação do trabalho e revisão do artigo.

LMSCO: Elaboração do artigo, desde a recolha de dados, análise e interpretação dos dados, redação do trabalho e revisão do artigo.

MIRVB: Elaboração do artigo, desde a recolha de dados, análise e interpretação dos dados, redação do trabalho e revisão do artigo.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses declarados pelas autoras.

Referências

- Chang YY, Carville K, Tay AC. The prevalence of skin tears in the acute care setting in Singapore. *Int Wound J* [Internet]. 2016;13(5):977–83. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwi.12572>
- Munro EL, Hickling DF, Williams DM, Bell JJ. Malnutrition is independently associated with skin tears in hospital inpatient setting findings of a 6-year point prevalence audit. *Int Wound J*. [Internet]. 2018;15(4):527–33. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwi.12893>
- LeBlanc K, Campbell K., Beeckman D, *et al.* Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin: ISTAP best practice recommendations [Internet]. London: Wounds International; 2018. 21 p. Available from <https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/57c1a5cc8a4771a696b4c17b9e2ae6f1.pdf>
- Carville K, Leslie G, Osseiran-Moisson R, Newall N, Lewin G. The effectiveness of a twice-daily skin-moisturising regimen for reducing the incidence of skin tears. *Int Wound J*. [Internet]. 2014;11(4):446–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwi.12326>
- Idensohn P, Beeckman D, Santos VLC de G, Langemo D, Gloeckner M, Woo K, *et al.* Ten top tips: skin tears. *Wounds Int* [Internet]. 2019;10 (2): 10–4. Available from: <https://www.woundsinternational.com/journals/issue/577/article-details/ten-top-tips-skin-tears>
- Netto MP; Borgonovi N *Biologia e Teorias do Envelhecimento*. In Papaleo Netto. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 44-59.
- Oriá RB, Ferreira FVA, Santana ÉN, Fernandes MR, Brito GAC. Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 2003;78(4):425–34. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962003000400004>
- LeBlanc K, Baranoski S. Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears©. *Adv Skin Wound Care*. [Internet]. 2011;24(9 Suppl):2–15. Available from: https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2011/0901/Skin_Tears_State_of_the_Science_Consensus.1.aspx
- Hawk J SM. Prevalence of skin tears in elderly patients: a retrospective chart review of incidence reports in 6 long-term care facilities. *Ostomy Wound Manag* [Internet]. 2018; 64 (4): 30–6. Available from: doi.org/10.25270/owm.2018.4.3036
- Vernon T, Moore K, Vowden K, Vowden P. A safe first-line approach to managing skin tears within an acute care setting (part 2). *Wounds UK* [Internet]. 2019;15(3):56–62. Available from: <https://www.wounds-uk.com/journals/issue/581/article-details/safe-first-line-approach-managing-skin-tears-within-acute-care-setting-part-2>
- Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014; 48(2):335-45. Available from: <https://www.scielo.br/j/reuusp/a/3Z7ZqKB9pVhmMtCnsvVW5Zhc/?format=pdf&lang=pt>
- Finch K, Osseiran-Moisson R, Carville K, Leslie G, Dwyer M. Skin tear prevention in elderly patients using twice-daily moisturiser. *Wound Pract Res J* [Internet]. 2018;26(2):99109. <https://journals.cambridge.org/application/files/4015/8520/6574/finch.pdf>
- Nomoto T, Iizaka S. Effect of an Oral Nutrition Supplement Containing Collagen Peptides on Stratum Corneum Hydration and Skin Elasticity in Hospitalized Older Adults: A Multicenter Open-label Randomized Controlled Study. *Adv Skin Wound Care* [Internet]. 2020;33(4):186–91. Available from: https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2020/0400/Effect_of_an_Oral_Nutrition_Supplement_Containing_4.aspx
- Spin M, Vocci MC, Sardeli KM, Serafim CTR, Velozo BC, Popim RC, *et al.* Skin Tears in the Elderly. *ESTIMA, Brazilian J Enteros Ther* [Internet]. 2021;1–9. Available from: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1002/394>
- Palmer SJ. Preventing skin tears among older adults in the community. *Br J Community Nurs* [Internet].

2021;26(6):286–9. Available from:
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.6.286>

Capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da doença: uma intervenção de enfermagem comunitária

Soraia Nobre Figueiredo¹

 orcid.org/0000-0001-7857-6614

Maria Jorge Brites²

 orcid.org/0000-0002-7650-0066

José Edmundo Sousa³

 orcid.org/0000-0003-2136-4471

¹ Mestrado. Serviço de Hemato-oncologia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

² Mestrado. Unidade de Saúde Familiar Ponte, ACeS Almada-Seixal, Almada, Portugal.

³ Doutoramento. Professor Doutor da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Professor Adjunto Departamento de Saúde Comunitária, Lisboa, Portugal.

Introdução

A hipertensão arterial é uma doença crónica com elevada prevalência nacional, bem como, é o principal fator de risco para a doença cérebro cardiovascular. Deste modo, a capacitação para a gestão da doença é essencial para o controlo e evicção de complicações. Através da determinação do nível de conhecimento da pessoa e família sobre a hipertensão, foi possível estruturar a intervenção visando a promoção da autonomia para a tomada de decisão consciente, adoção de estilos de vida saudáveis e participação ativa no seu projeto de saúde.

Objetivo

Capacitar para a gestão da doença a pessoa hipertensa na faixa etária compreendida entre os 45 e os 65 anos e família, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) na área de intervenção do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Almada/Seixal.

Métodos

O estudo observacional transversal analítico, decorreu com base na metodologia de Planeamento em Saúde, assente no referencial teórico de enfermagem do Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem. Para a realização do Diagnóstico de Situação foi construído e aplicado um questionário para a obtenção da caracterização sociodemográfica da amostra, identificação dos comportamentos para gestão da doença. A amostra foi constituída através da técnica de amostragem intencional. Para a operacionalização foi previamente obtido parecer favorável da comissão de ética para a saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) com a referência – 5043/CES/INV2022.

Resultados

O diagnóstico de situação revelou défice de conhecimentos sobre a doença e sua gestão, bem como, défice de autocuidado, o que compromete a qualidade de vida dos participantes. Com a priorização dos problemas, foi selecionada a educação para a saúde enquanto estratégia. Após a intervenção comunitária, 70% dos participantes avalia e regista os valores de TA diariamente; 100% destes identifica corretamente os comportamentos de risco para o agravamento da HTA; 63% dos participantes pratica atividade física regular; 87% dos participantes refere ter reduzido a ingestão diária de sal; e, 100% dos familiares identificou duas áreas em que o seu familiar necessita de maior suporte, sendo as mais frequentes, o estímulo para a atividade física e restrição/substituição do sal na alimentação.

Conclusão

O presente projeto foi um importante contributo para a capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da doença, uma vez que, após o seu término verificou-se um aumento de conhecimentos dos participantes, bem como, alterações comportamentais associadas a estilos de vida saudáveis.

Palavras-chave

Capacitação; Gestão da Doença; Adesão Terapêutica; Hipertensão Arterial; Enfermeiro.

Autor de correspondência

Soraia Nobre Figueiredo

E-mail: soraia.nobre87@gmail.com

Recebido: 07.02.2023

Aceite: 19.05.2023

Como citar este artigo: Figueiredo S, Brites M, Sousa J. Capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da doença: uma intervenção de enfermagem comunitária. Pensar Enf [Internet]. 2023 Jul; 27(1):64-75. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.258>



Introdução

A Hipertensão Arterial (HTA) afeta mil milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável por 7,6 milhões das mortes prematuras a nível mundial. É o fator de risco mais prevalente para as doenças cardiovasculares (DCV), causando cerca de 14% do total de mortes a nível mundial, e 143 milhões de anos de vida associados à incapacidade [Disability Adjusted Life Years, (DALYs)].^{1,2} Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)³, decorrentes do Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF)³, a prevalência nacional de HTA é de 36%. Constitui-se como um problema de saúde pública, dada a sua elevada prevalência na população adulta, os baixos níveis de adesão terapêutica e frequentemente o diagnóstico tardio.⁴

É uma doença crónica não transmissível, que consiste na elevação mantida dos valores de pressão arterial sistólica igual ou superior a 140mmHg e dos valores de pressão diastólica igual ou superior a 90mmHg.^{5,6} A sua instalação é progressiva, motivo pelo qual, inicialmente, os seus sinais e sintomas não são perceptíveis, contudo a sua elevação contínua no tempo gera lesões nos vasos fragilizando-os, podendo dar origem mais tarde a aneurismas, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC), enfarte agudo do miocárdio (EAM), insuficiência renal, entre outras.¹ Os seus sintomas são inespecíficos e facilmente associáveis a outras causas, levando a diagnósticos tardios.⁴ É classificada em três níveis de gravidade: (1) Grau 1 - hipertensão arterial ligeira (140-159/90-99 mmHg); (2) Grau 2 - hipertensão arterial moderada (160-179/100-119 mmHg); e (3) Grau 3 - hipertensão arterial grave (180/110 mmHg), quanto à etiologia é classificada como: HTA essencial, primária ou idiopática, a mais frequente (causa desconhecida); e HTA secundária, menos frequente, deriva de uma patologia associada (potencialmente tratável ou não), como, por exemplo, doença renal, síndrome de apneia obstrutiva do sono; obesidade; entre outros.^{4,5,6} A HTA é uma condição multifatorial, segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH)⁷ os fatores de risco para o seu desenvolvimento são, essencialmente, fatores genéticos não controláveis, relacionados com a etnia, idade, história familiar; fatores comportamentais, vinculados aos estilos de vida não saudáveis, passíveis de modificação; e fatores socioeconómicos como o nível de escolaridade, baixos rendimentos familiares e más condições habitacionais. Quanto aos fatores de risco potencialmente modificáveis, foram identificados pela World Health Organization (WHO)¹ o excesso de peso e/ou obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, o excesso do consumo de bebidas alcoólicas, ingestão excessiva de alimentos ricos em gorduras e sal. Em Portugal cerca de dois terços dos hipertensos não sabem que o são, e dos que estão diagnosticados apenas 11% têm a sua HTA controlada.³

Amorim et al.⁸ sugerem que a gestão da HTA deve ser na sua maioria responsabilidade dos cuidados de saúde primários, assim neste sentido, urgindo a necessidade de identificação de estratégias eficazes para a gestão da doença, prevenindo situações de incapacidade e redução da

qualidade de vida, que acarretam uma elevada expressão no consumo de serviços de saúde, medicamentos e episódios de internamento.¹ As atuais normas da Direção-Geral da Saúde (DGS)⁹ ditam que “a pessoa com HTA deve ter a oportunidade de tomar decisões informadas sobre o seu tratamento”^(p.14) e que para isso o tratamento deverá “ser culturalmente adequado e acessível”^{9(p.4)}, bem como deve permitir aos “familiares serem envolvidos nas decisões sobre os cuidados ao doente e tratamento indicado”.^{9(p.5)} Sendo fundamental envolver a pessoa e família no processo terapêutico, regendo-nos pelo pressuposto que quanto melhor informados estiverem sobre a doença, terapêutica e estilos de vida saudáveis, maior será a autonomia na gestão da doença, alcançando melhores resultados de saúde.⁴ Alinhando os pressupostos referidos com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 “a complexidade dos problemas de saúde e os seus determinantes, e suas dinâmicas de interpenetração e dependência exigem que passemos (...) para abordagens multidimensionais”,^{10(p.36)} este eleger como uma das estratégias de intervenção dirigidas aos determinantes de saúde a “Educação para a (Auto)Gestão da doença crónica”.^{10(p.182)}

No domínio da gestão da doença crónica (DC), a intervenção diferenciada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), visa a capacitação sistematizada e coesa da pessoa e família para a gestão da doença crónica.¹¹ De forma a promover uma prática baseada na evidência científica mais atual, tal como refere Ferreira et al.¹² é fundamental promover a adesão ao regime terapêutico, principalmente no que diz respeito à atividade física e aos cuidados dietéticos, devendo o EEEEC atuar nestes determinantes por forma a aumentar a eficácia da gestão da HTA. Assim, e segundo os estudos consultados, quanto às intervenções de enfermagem com maior eficácia para a capacitação da pessoa hipertensa e família, destaca-se o potencial da Educação para a Saúde (EpS) em grupo ou individualmente, com enfoque na alteração de comportamentos no quotidiano, o acompanhamento, a promoção da literacia em saúde, o cuidado centrado na pessoa e, o envolvimento familiar.

Objetivo

Capacitar para a gestão da doença a pessoa hipertensa na faixa etária compreendida entre os 45 e os 65 anos e família, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) na área de intervenção do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Almada/Seixal.

Método

Realizou-se um estudo observacional transversal analítico,¹³ desenvolvido segundo a metodologia de Planeamento em Saúde (Tavares, 1990)¹⁴, alicerçado no Modelo de Autocuidado de Orem (2001)¹⁵, visando a predeterminação de um conjunto de ações para atingir os resultados esperados.^{16,17} Planejar, em saúde, “é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços

necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) em várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro”.^{14(p.29)} Consiste, então, num processo contínuo de dinâmico, com várias etapas que preveem o rigor metodológico.

A intervenção comunitária foi desenvolvida na área de influência do ACeS A-S. A população desta área geográfica, apresenta grande diversidade cultural, baixo nível de escolaridade e a maior taxa de desemprego e de morbilidade do ACeS A-S.¹⁷ Com uma taxa de analfabetismo de 5,21% é a mais elevada a nível nacional. Apresenta uma taxa de desemprego de 19%.^{17(p.13)} Segundo o PLS A-S¹⁷ quanto aos grupos populacionais prioritários, “(...) a análise do estado de saúde da população evidenciou o elevado risco de morte prematura da população residente no concelho de Almada, designadamente associada à doença isquémica cardíaca(...)”.^{17(p.13)} Sendo as doenças do aparelho circulatório a causa mais frequente de morbilidade e mortalidade proporcional em todas as idades e sexo dentro da área de influência do ACeS.

A população do projeto são todos os indivíduos inscritos na USF, definiu-se como população-alvo, os utentes inscritos na USF com diagnóstico de HTA sem complicações na faixa etária compreendida entre os 45 e 65 anos, inscritos na USF, o que se traduz num total de 113 pessoas. Como critérios de inclusão foram definidos: população com diagnóstico de HTA sem complicações (codificados com o código K86 do ICPC-2 no sistema informático MedicineOne); na faixa etária suprarreferida; e, que aceitaram participar voluntariamente no estudo. A amostra foi constituída com recurso à técnica de amostragem por conveniência ou intencional, composta pelas pessoas com diagnóstico e faixa etária referidos, que realizaram consulta de vigilância com o médico de família e/ou consulta de enfermagem no período compreendido entre 8 e 30 de junho de 2022, e destas, as que se disponibilizaram e deram o seu consentimento informado para participar na recolha de informação. Integrada por trinta participantes. Foi construído e aplicado um questionário, que se estrutura em três partes: 1.ª parte - caracterização sociodemográfica; 2.ª parte - situação clínica e estilo de vida e 3.ª parte - Escala de Medida de Adesão Terapêutica (MAT).¹⁸ A escala é composta por sete questões estruturadas de forma a se conseguir sintetizar os hábitos e crenças da adesão ao tratamento medicamentoso, foi criada por Morisky, Green e Levine (1986) traduzida, adaptada e validada para a população e cultura portuguesa, por Delgado e Lima¹⁸, a quem foi solicitada e obtida a autorização para a sua aplicação. Para garantir uma intervenção eticamente sólida, foi solicitada a autorização para a realização do projeto à Coordenadora da USF e ao Ex.mo Sr. Diretor do ACeS Almada/Seixal, tendo sido concedida. Obteve parecer favorável (5043/CES/2022), da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Após o parecer favorável da CES ARSLVT, informaram-se os participantes sobre a metodologia, finalidade e os

objetivos do projeto, e foram aplicados os questionários a todos os participantes da amostra, assegurando que os mesmos preencheram e assinaram o consentimento informado. Assegurando que entenderam os riscos e os benefícios da sua participação, os seus direitos, incluindo o de não participar ou de abandonar a participação a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Foi entregue a cada participante o duplicado do consentimento informado. Os questionários foram autopreenchidos, à exceção das situações em que os participantes necessitaram de auxílio para o seu preenchimento, por analfabetismo e/ou alterações de visão, sendo substituídos nesta tarefa por um dos investigadores do projeto. Contudo, visando a minimização do enviesamento dos dados, os questionários foram preenchidos no início da consulta de enfermagem, sendo que os que foram preenchidos com auxílio, foram lidas as perguntas conforme redigidas no questionário. Os dados colhidos, foram codificados, assegurando o anonimato e confidencialidade.

O material empírico, proveniente da aplicação do instrumento de colheita de dados, foi tratado com recurso à análise de estatística descritiva, através do *software SPSS – Statistical Package for the Social Sciences* (versão 28.0.0.0).

Resultados

Os participantes têm uma média de idades de 56,27 (DP= 6,38) anos, 47% dos participantes são do sexo masculino. Relativamente à constituição do agregado familiar da amostra, 34% dos inquiridos habitam em família do tipo díade nuclear após a saída dos filhos, 23% em família nuclear com cônjuge e filhos, 13% família monoparental e 30% refere viver sozinho, sendo o motivo mais frequente, o falecimento do cônjuge. Foi questionado se no agregado familiar existe mais algum elemento com HTA, 47% respondeu que sim, referindo ser o cônjuge, 60% dos participantes encontram-se profissionalmente ativos, em diferentes áreas profissionais. No referente à vigilância dos valores de Tensão Arterial (TA) 66% dos inquiridos apenas avalia em consulta semestral na USF. No que concerne à prática exercício físico, 87% dos participantes revelam elevados níveis de inatividade física e sedentarismo. Foi questionado se após o diagnóstico de HTA alteraram os seus hábitos de vida, 73% refere não ter alterado, e os 27% que responderam afirmativamente, e quais os hábitos alterados, tendo estes, respondido a redução de sal na alimentação, não especificando qual a quantidade de sal ingerida anteriormente, nem a atual redução, o questionário não nos permite quantificar o número de gramas ingerido por dia. Sobre as medidas de controlo que utiliza no quotidiano, 80% dos participantes referem apenas cumprir a medicação prescrita sem associar outras medidas de controlo. Quanto à restrição de sal na sua dieta diária, 53% refere não restringir. Sobre o apoio familiar para a implementação das medidas para controlo da sua HTA, 70% refere não ter apoio do seu agregado familiar. Na sua maioria os participantes não consideram a mudança de hábitos de vida como um benefício no controlo da HTA. Foi também aplicada a escala de MAT¹⁸ para identificação

do comportamento de adesão medicamentosa, uma vez que, 80% refere apenas cumprir a medicação como medida de gestão da HTA. Tendo como referência a indicação dos autores, 39% dos participantes não reúnem a totalidade dos critérios de adesão ao tratamento. Foram analisadas isoladamente as respostas às questões que compõem a escala, e enumeradas as fragilidades nos critérios de adesão, sendo estes: o esquecimento da toma, o atraso no horário da toma, abandono do tratamento por sentir melhorias e abandono por término da medicação. Em média, os participantes do estudo apresentaram excesso de peso, sendo a média de peso de 75,46 kg, relativamente aos antecedentes pessoais, 60,0% Diabetes Mellitus não insulino dependente e 80% dos participantes sofrem de dislipidemia.

Após o levantamento dos problemas e consequentes necessidades, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)¹⁹: (1) vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido; (2) conhecimento sobre regime de exercício físico comprometido; (3) conhecimento sobre o regime dietético comprometido; (4) conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido; (5) conhecimento [sobre a HTA] comprometido; (6) conhecimento da família sobre a doença comprometido; (7) adesão ao regime terapêutico comprometida; (8) autocuidado comprometido; (9) capacidade da família para gerir o regime comprometida; (10) risco de função cardiovascular prejudicada. Definindo, assim, o ponto de partida sobre o qual será avaliado o benefício da intervenção.¹⁴ A priorização das necessidades reais de saúde foi realizada com o suporte dos peritos, segundo o Método de Hanlon. O método foi aplicado de forma adaptada à amostra, considerando os critérios enunciados por Tavares¹⁴: (1) Amplitude/Magnitude do Problema; (2) Gravidade; (3) Eficácia da Solução e (4) Exequibilidade do Projeto classificada com o acrónimo PEARL (P- Pertinência, Exequibilidade Económica, Aceitação da Comunidade, Recursos e Legalidade). Segundo os resultados obtidos, o objetivo e o limite temporal do projeto, intervimos nos problemas que obtiveram maior pontuação, nomeadamente, vigilância de saúde comprometido; conhecimentos da família sobre a doença comprometido; autocuidado comprometido; conhecimento [sobre a HTA] comprometido; conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido; conhecimento sobre o regime de exercício comprometido; e conhecimento sobre o regime dietético comprometido. Prosseguimos com a fixação de objetivos, formulando o objetivo geral – Capacitar para a gestão da doença a pessoa hipertensa e família, inscritos na USF, de outubro de 2022 a janeiro de 2023 e os objetivos específicos para população-alvo no mesmo período temporal: (1) capacitar a pessoa hipertensa dependência segundo a escala de *Barthel* avaliada em *Sclicnic*[®], com recurso ao modelo de avaliação familiar de Figueiredo²², mais especificamente no domínio funcional (papel do cuidador). As atividades englobaram, uma caminhada, jogos lúdicos- pedagógicos, exibição de vídeos,

e família para a importância da vigilância em saúde; (2) capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime de exercício; (3) capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime dietético; (4) capacitar a pessoa hipertensa e família para a identificação de fatores de risco; (5) capacitar a pessoa e família sobre os ganhos em saúde da alteração de comportamentos no controlo da HTA; e, (6) envolver a família no processo de gestão da doença do familiar hipertenso. No que concerne à seleção de estratégias, foi fundamental repensar o conceito de gestão da DC. Segundo WHO²⁰, os custos imputáveis à DC para os sistemas de saúde mundialmente equivalem a 60%-80% das despesas totais, revelando a sobrecarga e problemas de sustentabilidade financeira para os sistemas de saúde. Em Portugal, segundo os dados do INSA³, cerca de 43,9% da população portuguesa sofre de DC. Factos que destacam a importância de implementação de estratégias promotoras da gestão da DC, enquanto garante de ganhos evidentes em saúde com repercussões positivas a nível dos custos em saúde e qualidade de vida.²⁰ Por definição, o conceito de gestão da DC, consiste num sistema coordenado de intervenções direcionadas ao indivíduo, grupo ou população, através da implementação de estratégias e/ou criação de programas que integrem as normas e *guidelines* mais recentes, para a promoção da autonomia para o autocuidado da pessoa com DC.²¹ Considerando que, a intervenção comunitária desenvolvida corresponde ao nível da prevenção secundária, visando capacitar a pessoa e família, para a tomada de decisão autónoma, aumentando a sua motivação para alterar comportamentos e promover a capacidade para a gestão da doença, conciliamos um conjunto de estratégias promotoras de saúde, como a educação para a saúde, envolvimento da pessoa e família e acompanhamento. Neste processo foram acauteladas as possíveis barreiras à aprendizagem existentes e assim implementadas estratégias facilitadoras da aprendizagem e de motivação e incentivo à participação dos indivíduos e família. As atividades desenvolvidas permitiram a consecução dos objetivos definidos, e tiveram como objetivo proporcionar um acompanhamento adequado aos participantes, criando um ambiente promotor da aceitação da DC, motivando-os para a aquisição de conhecimentos, mudança de comportamentos e gestão da doença. Como métodos recorremos à discussão em grupo, analogias, preleção, demonstração e prática, perguntas e respostas. As sessões em grupo constituíram uma oportunidade de estímulo dos participantes para a identificação de estratégias, partilha de experiências e identificação. Procedemos também ao acompanhamento de forma individualizada à pessoa e família em contexto de consulta de enfermagem e visitação domiciliária dos participantes que revelaram algum grau de

treino da autoavaliação da TA, e a informação transmitida foi compilada e distribuída em formato de folhetos informativos. Para avaliar os objetivos, atividades e indicadores da intervenção comunitária, foram considerados os conhecimentos obtidos pelos participantes

referentes às temáticas abordadas, coadunando-se aos objetivos e indicadores de resultado definidos. Através da ponderação: das respostas dos participantes após término de processo educativo individual em consulta de enfermagem de HTA; respostas aos questionários aplicados após término das sessões de EpS; e por fim, após o término de todas as atividades, foi aplicado um questionário final composto por algumas questões extraídas do instrumento de colheita de dados e questões

que pretendem aferir a aquisição de conhecimentos e a possível alteração de comportamentos para a gestão da doença. A sua análise e comparação com valores obtidos na fase de DS permite inferir que todos os objetivos foram atingidos conforme representado no quadro 1. Quanto às alterações obtidas com a intervenção, analisamos com recurso à estatística descritiva, os dados obtidos com o questionário final, que apresentamos nos quadros 2,3,4,5 e 6.

Quadro 1 – Avaliação do indicador de resultado, referente aos objetivos operacionais definidos

Objetivo: 30% dos participantes avalia-se e regista-se os seus valores tensionais	
Indicador de Resultado	Valor obtido
% de participantes que avalia e regista valores tensionais regularmente	70%
Objetivo: 70% dos participantes e seus familiares que estiveram presentes nas atividades identificassem os comportamentos de risco	
Indicador de Resultado	Valor obtido
% de participantes que identificou comportamentos de risco apos CE.	100%
Objetivo: 50% dos participantes que estiveram presentes nas atividades identificassem a importância de praticar 30 minutos seguidos de atividade física diária ou pelo menos em três dias da semana	
Indicador de Resultado	Valor obtido
% de participantes que considera importante realizar atividade física regular	100%
Objetivo: 50% dos participantes que estiveram presentes nas atividades restringissem a ingestão de sal na sua alimentação diária	
Indicador de Resultado	Valor obtido
% de participantes que restringe a ingestão de sal	87%
Objetivo: 70% dos participantes que estiveram presentes nas atividades identificassem as opções para a substituição do sal na alimentação diária.	
Indicador de Resultado	Valor obtido
% de participantes que identifica corretamente opções de substituição de sal na alimentação, através do questionário de avaliação da 2º EpS “controle o seu coração, reduza o sal na alimentação”	100%

Foram também analisados os dados referentes à alteração de comportamentos, que apresentamos

em quadro, contrastando os dados iniciais e os obtidos com a intervenção.

Quadro 2 – Comparação da variável frequência de avaliação e registo da TA no 1º momento e 2º momento

Com que frequência avalia e regista a sua Tensão Arterial?	1º Momento (Julho 2022) Diagnóstico de situação <i>f</i> =30		2º Momento (Janeiro 2023) Avaliação final <i>f</i> = 30	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sempre	0	0%	21	70%
Quase sempre	0	0%	9	30%

Quadro 3 – Comparação da variável medidas de controlo da HTA no 1º momento e 2º momento

Que tipo de medidas toma para controlar a HTA	1º Momento (Julho 2022) Diagnóstico de situação <i>f</i> =30		2º Momento (Janeiro 2023) Avaliação final <i>f</i> = 30	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Apenas medicação	24	80%	0	0%
Diminuição da ingestão de gorduras	1	3%	7	23%
Medicação e redução da ingestão de sal	5	17%	23	77%

Quadro 4 – Comparação da variável prática de atividade física no 1º momento e 2º momento

Pratica atividade física	1º Momento (Julho 2022) Diagnóstico de situação <i>f</i> =30		2º Momento (Janeiro 2023) Avaliação final <i>f</i> = 30	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sim	4	13%	19	63%
Não	26	87%	11	37%

Quadro 5 – Comparação da variável restrição de sal na alimentação no 1º momento e 2º momento

Restrição de sal na alimentação	1º Momento (Julho 2022) Diagnóstico de situação <i>f</i> =30		2º Momento (Janeiro 2023) Avaliação final <i>f</i> = 30	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sim	14	47%	26	87%
Não	16	53%	4	13%

Quadro 6 – Comparação do variável apoio familiar no 1º momento e 2º momento

Apoio familiar para seguir as recomendações de controlo da HTA	1º Momento (Julho 2022) Diagnóstico de situação f=30		2º Momento (Janeiro 2023) Avaliação final f= 30	
	f	%	f	%
Sim	9	30%	24	80%
Não	21	70%	6	20%

Após análise e avaliação, todos os objetivos foram atingidos, bem como, os valores pré-estabelecidos, relativamente aos indicadores de processo e de atividade. Os resultados refletem a aquisição de conhecimentos por

parte dos participantes, bem como, a aquisição de competências promotoras da alteração dos comportamentos, adotando estilos de vida mais saudáveis.

Discussão

O aumento da DC a nível mundial, é um fenómeno multifatorial, contudo relaciona-se essencialmente com os estilos de vida e os padrões de consumo da sociedade atual. Aproximadamente metade das pessoas portadoras de DC desenvolve comorbilidades associadas à dificuldade de gestão da doença.^{1,23} Facto que remete para a importância da adoção de estratégias de promoção de saúde numa abordagem promotora da gestão da doença. A HTA é uma DC com elevada prevalência nacional^{3,25}, associada à não adesão ao regime terapêutico.^{1,25,26} Os comportamentos e estilos de vida inadequados são geradores de comorbilidades que levam à perda de qualidade de vida e elevado impacto económico, social e familiar, bem como o aumento de mortes prematuras.^{27,28,30} Emergindo assim, a fulcral importância do EEEC no processo de capacitação da pessoa e família para o desenvolvimento de competências que facilitem a tomada de decisão e implementação de comportamentos de autocuidado, tal como refere Silva et al.²⁹

Na intervenção comunitária desenvolvida as principais necessidades identificadas na etapa de DS corroboram o verificado em outros estudos desenvolvidos em Portugal^{30,31,32,33}, onde se salientam, a necessidade de promover intervenções de enfermagem para a orientação, aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de competências e instrumentação no autocuidado. Assim, segundo os objetivos definidos, foi utilizada como estratégia a EpS, visando a capacitação para a gestão da doença da pessoa hipertensa e família. Conforme referido por Oliveira et al.,³⁵ no seu estudo, a EpS enquanto estratégia promotora da adesão a estilos de vida saudáveis para controlo e gestão da HTA é a estratégia com maior eficácia, no que concerne às alterações dos estilos de vida, tendo encontrado uma mudança significativa relativamente ao consumo de sal, prática de atividade física, e no controlo dos valores tensionais. O mesmo é reafirmado por Gama et al.³⁶ na revisão bibliográfica, onde se destaca a EpS como intervenção com maior eficácia para o aumento dos níveis de conhecimentos,

adesão às recomendações e estilos de vida saudáveis da pessoa hipertensa.

Assim, relativamente à amostra, a variável sexo, merece uma especial atenção, pois apesar de não se verificar diferenças significativas de prevalência entre sexos dentro da amostra, existem comportamentos de autocuidado distintos, sendo os participantes do sexo feminino mais participativos nas atividades desenvolvidas, facto que relacionamos com a diferente perceção da sua condição de saúde, maior procura dos serviços de saúde, bem como, maior cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde, conforme verificado no estudo desenvolvido por Motter et al.³⁷

Quanto ao nível de escolaridade, maioritariamente os participantes apresentam baixos níveis de escolaridade, tal como, no estudo realizado por Ribeiro³², corroborando os dados expressos no INSEF³, onde se verifica uma maior prevalência de HTA nos indivíduos com menor grau de escolaridade. Relativamente à fase de DS aferiu-se uma má vigilância dos valores de Tensão Arterial (TA), a maioria dos participantes apenas avaliava a tensão em contexto de consulta na USF ou pontualmente na farmácia quando sintomatologia associada (tonturas, cefaleias ou zumbidos), revelando os diminutos conhecimentos sobre a doença, bem como competências para a vigilância e avaliação de TA no domicílio. Estudos recentes destacam a importância da monitorização da TA na gestão da doença.^{27,30,36} Um elevado índice de sedentarismo e inatividade física, com 87% dos participantes a não praticar atividade física regular, valor superior aos valores descritos no Relatório sobre o ponto de situação global da atividade física³³, 27,5% dos adultos não cumprem os níveis de atividade física recomendados pela OMS.³⁴ Relativamente à restrição de sal na sua dieta diária, 53% refere não restringir, valor coincidente com estudos nacionais, tal como no programa prioritário para a alimentação saudável.^{39,41,25}

No que concerne à alteração dos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA, a maioria dos participantes não procedeu a nenhuma alteração, facto similar os resultados de estudos recentes, onde os participantes previamente à intervenção não tinham autonomamente na sequência do

diagnóstico alterado hábitos de vida^{35,40}, o que relacionamos com o déficit de conhecimentos sobre a doença, curso e gestão da mesma. Relativamente às medidas de controlo que utiliza no quotidiano para a gestão da HTA, à data do DS a maioria dos participantes apenas cumpria a medicação prescrita pelo médico, não aderindo às medidas não farmacológicas de controlo da HTA²⁵, dados coincidentes com o estudo de Ferreira et al.¹²; Pereira³⁸; Dantas et al.⁴⁴, onde a taxa de adesão às medidas de controlo varia entre os 16,9% e os 49,8%. Quanto ao apoio do agregado familiar para a implementação das medidas para controlo da sua HTA, 70% dos participantes nega ter apoio familiar para o controlo da HTA, revelando o não envolvimento da família no processo de gestão da doença. Destacando assim, mais uma vez a necessidade de promover a adesão ao regime terapêutico, incrementando a qualidade dos cuidados prestados à pessoa e à família, e assim consequentemente os ganhos em saúde.^{32,44,46,46}

Os resultados obtidos após a intervenção revelam o sucesso na consecução dos objetivos definidos, corroborando a evidência científica consultada, que destaca a EpS como recurso fundamental na intervenção terapêutica do enfermeiro, para o aumento de conhecimentos e alteração de comportamentos.^{36,38,42,43,44,45}

A implementação do processo educacional, em contexto de consulta de enfermagem, sessões de EpS em grupo e visitas domiciliárias revelaram um elevado potencial na aquisição de conhecimentos e consequente motivação para a alteração de comportamentos.³⁰ Tendo sido possível promover o estreitamento do vínculo entre o profissional de saúde, a pessoa e família, fomentando o desenvolvimento de processos educacionais direcionados à pessoa e às especificidades de cada família, que enquanto suporte social da pessoa hipertensa, são cruciais para a implementação e manutenção de hábitos saudáveis.^{29,30,43,45}

Na USF onde decorreu a intervenção comunitária, não existe implementada uma consulta de enfermagem de HTA (CEHTA), assim foi elaborado e aplicado em consulta de enfermagem o guião de boas práticas para a CEHTA, que integra protocolos e *guidelines* mais recentes de atuação para gestão da HTA, que possibilitou orientar a intervenção de forma adaptada à pessoa e família, guiando o processo educacional em cada consulta para as necessidades sentidas evitando, ensinamentos redundantes,^{29,35,43} estimulando a adesão às recomendações para a gestão da HTA, através do aconselhamento e acompanhamento.^{22,30,42}

Consideramos assim, que as atividades desenvolvidas, a distribuição de material informativo, o treino *in loco* de autoavaliação de TA, o fornecimento de instrumentos (descodificador de rótulos) que facilitem a interpretação da quantidade de sal de cada alimento no momento da sua compra e os jogos lúdicos, permitiram estabelecer uma correlação positiva entre o processo educacional desenvolvido, a adesão às recomendações referentes aos

estilo vida e a diminuição dos fatores de risco relacionados à doença, como exemplo disso temos o aumento dos participantes que avaliam e registam os valores tensionais frequentemente, que diminuíram o consumo de sal diário e aumentaram a prática de atividade física regular. Em suma, o EEEEC através das competências específicas⁴⁸ promove o processo de capacitação da pessoa e família para a gestão da doença, aumentando o envolvimento destes no projeto de saúde, fomentando uma atitude promotora de autonomia para a tomada de decisão informada. A estratégia de EpS contribuiu para a melhoria das condições de saúde do grupo, aumento da literacia em saúde, envolvimento e identificação, fortalecimento da relação terapêutica, melhoria da qualidade dos cuidados.^{36,45,49} Os resultados obtidos permitem afirmar que o planeamento da intervenção adequada à população, a consulta de enfermagem de HTA, o aconselhamento no domicílio e as parcerias que reforçaram a transmissão de informação sobre o regime dietético, atividade física, vigilância em saúde, autocuidado e envolvimento da família, promoveram uma maior adesão ao regime terapêutico, bem como, incrementaram a alteração no padrão comportamental.

No decurso da intervenção comunitária foram identificadas algumas limitações, atrasando o seu início e desenvolvimento, dada a demora nas respostas aos diversos pedidos necessários para assegurar os procedimentos éticos. Numa fase inicial foram várias as solicitações de autorizações e pareceres que não poderiam ser solicitados em simultâneo, foi primeiramente submetido o pedido de parecer ao NIF do ACES A-S e só após a resposta com parecer positivo, foi possível submeter à CES da ARSLVT), o que condicionou o início da aplicação do instrumento de recolha de dados. Após os pareceres foram convocados os participantes que dada a faixa etária são profissionalmente ativos, o que dificultou a sua disponibilidade em comparecer na USF, levando a uma amostra de trinta participantes num universo de cento e treze. Contudo, foi possível e de extrema importância o levantamento das necessidades reais da população, tal como, o seu contributo para o desenvolvimento adequado da intervenção comunitária.

Conclusões

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, gera um aumento da DC.³⁹ A elevada prevalência de HTA a nível nacional conduz a elevados custos, a nível económico, social e individual⁴⁰, pelo que se torna urgente intervir. A HTA deve ser abordada considerando as intervenções de enfermagem que apresentam maior efetividade, através da prática baseada na evidência, considerando o curso evolutivo da doença, para a obtenção de ganhos em saúde. Por esta razão é fundamental a intervenção do EEEEC⁴⁸ que recorre na sua prática diária a parcerias quer com outros profissionais, quer com a pessoa e família, promovendo a participação ativa dos mesmos em todo o processo.

A pessoa com DC e família carecem de um acompanhamento sistemático dada a especificidade das suas necessidades^{29,42,45,46}, por meio de uma abordagem integrada, considerando as alterações que conseguem realizar, a adaptações necessárias, os recursos internos, redes de apoio e situação de vida. A intervenção comunitária desenvolvida, sustentada pela metodologia de Planejamento em Saúde e no referencial teórico de Orem¹⁵, contribuiu para a capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da doença de uma USF do ACeS A-S, constituindo-se como um contributo para a prática evidenciando o benefício da intervenção do EEEEC no processo de capacitação da pessoa hipertensa para a gestão da DC, conduzindo a uma abordagem centrada na pessoa e família com foco na evicção de complicações, manutenção da qualidade de vida e envolvimento da família. Destaca o contributo da intervenção do EEEEC na melhoria da saúde da população por via de intervenções alicerçadas na Promoção e Educação para a Saúde. Revela que as estratégias de EpS no âmbito da gestão da DC mobilizada pelos enfermeiros potenciam a tomada de decisão autónoma e informada da pessoa hipertensa no seu quotidiano com o apoio familiar adequado. Consiste também num contributo para a formação no sentido que, fomenta o desenvolvimento da competência educativa integrada nos currículos do curso de enfermagem, com a mobilização de recursos individuais na prática clínica. Considerando que para tal, a formação deverá ser iniciada no curso de licenciatura, tendo aprofundamento nos cursos de especialização, com a transmissão de pressupostos teóricos e resultados de investigação, que permitam o desenvolvimento de competências específicas de relação interpessoal e conhecimento, orientadoras de condutas e disseminação de informação pertinente para o público-alvo.

Por fim, constitui-se a mesma como contributo para a investigação, enquanto evidência científica, sobre o benefício das intervenções em contexto de consulta de enfermagem, sessões de EpS e visita domiciliária, no processo de capacitação da pessoa e família para a gestão da DC. Com o término da intervenção de enfermagem comunitária, na sua maioria os participantes do projeto aumentaram os conhecimentos relativos ao curso da doença, medidas de controlo e vigilância da HTA e estilo de vida saudável adaptado à sua condição, revelando alterações comportamentais no seu quotidiano.

Relativamente ao referencial teórico optou-se pela utilização do sistema apoio-educação, preconizado na Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem¹, que se revelou adequado e essencial para a aquisição de conhecimentos e capacitação da pessoa e família para a tomada de decisão consciente e informada a gestão da doença. Este sistema pressupõem a associação de técnicas de ajuda efetiva com a com o apoio, provisão, guia e ensino, onde os requisitos da pessoa estão relacionados com a tomada de decisão, controlo de comportamento, aquisição de conhecimentos e estratégias, através da aprendizagem de comportamentos, tornando-se o próprio um agente de autocuidado. Quanto às

necessidades de ajuda da pessoa e família, relacionaram-se com a tomada de decisão, controlo do comportamento e aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, onde se estimulou a capacitação para a gestão da doença dos intervenientes. Sendo que, Orem¹ encara o autocuidado como uma habilidade, que pode ser treinada e assim melhorar o estado de saúde da pessoa, grupo ou comunidade.

Com a execução da intervenção comunitária, foi possível promover a capacitação dos participantes, as sessões de EpS foram uma estratégia fundamental de promoção do autocuidado da pessoa e família, favorecendo a identificação dos pares, partilha de conhecimentos, vivências e a aquisição de conhecimentos. A avaliação, enquanto etapa da metodologia, indicou o sucesso da intervenção através dos indicadores de processo, atividade e resultado, permitindo identificar os ganhos efetivos em saúde. Verificou-se um aumento de conhecimentos e alteração de comportamentos de autocuidado, contudo, existe uma discrepância entre os conhecimentos e a sua operacionalização consistente no quotidiano, que pretendemos reduzir com a implementação da consulta de enfermagem de HTA, promovendo a efetividade dos momentos de ensino, de comprometimento com o processo de mudança, capacidade de autocuidado e literacia em saúde. Tal como, a visita domiciliária, que conforme constatamos, foi uma estratégia com bastante sucesso, enquanto instrumento de assistência, assente no plano de cuidados para capacitação relativa à gestão da doença, possibilitando o processo educacional, treino in loco e de interação familiar, a família é a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e tem um papel fundamental na manutenção e incentivo para a gestão da doença crónica. A promoção dos comportamentos e estilos de vida saudáveis não pode ser descontextualizada do ambiente socioeconómico e político onde a pessoa e família está inserida, destacando assim a importância da intervenção do EEEEC⁴⁷, dado a proximidade com a comunidade identifica os problemas de saúde, tendo um papel primordial no apoio e acompanhamento da comunidade, através das suas intervenções específicas que levam à melhoria da prestação de cuidados, com a implementação de projetos que respondam às necessidades identificadas.

Deste modo, assegurando a continuidade do presente projeto, os resultados obtidos foram apresentados à equipa multidisciplinar da USF, o material pedagógico desenvolvido foi cedido à equipa de enfermagem, possibilitando a continuidade da sua aplicação. Durante o projeto a consulta de enfermagem, alicerçada no guião de boas práticas que compila todas as normas e políticas nacionais referentes à gestão da doença e os processos de capacitação no domicílio, revelaram uma mais-valia para os resultados obtidos, foi também cedido todo o material que permite implementação e operacionalização, permitindo para além da continuidade a melhoria com introdução de novas estratégias e intervenções, que permitam o acompanhamento, aconselhamento e ensino.

E quanto à visita domiciliária, o treino in loco da pessoa hipertensa e família, centrando a atenção na interação familiar.

Apesar da evidência que comprova a gestão da HTA através de medidas não farmacológicas e/ou farmacológicas eficazes, as taxas de controlo desta doença permanecem baixas⁴¹, constituindo-se como um dos maiores desafios globais, destacando a relevância do estudo desenvolvido, visto que, o processo de educação para a saúde, as parcerias estabelecidas e o envolvimento da equipa multidisciplinar possibilitou o aumento de conhecimentos quer dos profissionais onde foi possível validar a pertinência das estratégias e atividades implementadas, quer dos participantes no que toca à literacia em saúde e desenvolvimento de competências para a gestão da doença.

Posto isto, reforçamos a necessidade de prosseguir a investigação neste âmbito, com a implementação de projetos de intervenção na comunidade, fomentando a capacitação da pessoa e família para a gestão da doença crónica, identificando as estratégias promotoras da capacitação para a gestão da doença crónica e de medidas capazes de incrementar a mesma reduzindo os custos para a pessoa, família e sociedade. Em estudos futuros julgamos pertinente, alcançar mais participantes, principalmente os menos frequentadores dos serviços de saúde.

Contribuições autorais

SF: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Redação do manuscrito.

MB: Análise e interpretação dos dados; Revisão crítica do manuscrito.

ES: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum conflito de interesse a declarar pelos autores.

Referências

- World Health Organization. A Global Brief on Hypertension: silent killer a global public health crisis. Geneva: WHO; 2013. 39 p.
- Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*. 2017; 317(2):165-182. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2596292>
- Instituto Nacional de Saúde dr. Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Lisboa; INSA; 2015. 50 p.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Tradução Portuguesa das Guidelines de 2018 das ESH / ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Lisboa: SPH; 2020. 76. 10-12. 111p.
- World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (CID-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2022 apr 23]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
- Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 020/2011. Hipertensão arterial: definição e classificação [Internet]. Lisboa: DGS; 2011 [cited 2022 mar 03]. Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Conheça melhor a hipertensão arterial. [Internet]. Lisboa: SPH; 2022 [cited 2022 mar 2]. Available from: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89
- Amorim L, Caldas P, & Roca S. Perfil dos valores de tensão arterial em indivíduos submetidos a mapa em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 2019; (72), 11-16.
- Direção-Geral de Saúde. Norma n.º 020/2011: Hipertensão Arterial: definição e classificação [Internet]. Lisboa: DGS; 2013 [cited 2023 jan 23]. Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf
- Direção-Geral da Saúde Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Lisboa: DGS; 2019 [cited 2022 jun 04]. Available from: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>
- Disease management association of America [Internet].c2004 [cited 2022 may 20]. Available from: <https://diseasemanagementassociationofamericawpa.wordpress.com>
- Ferreira, RSS; Graça, LCC & Calvino, MSE. Adesão ao regime terapêutico de pessoas com hipertensão arterial em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 4(8): 7-15.
- Fortin, MF. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência. 2009. 595 p.
- Tavares A. Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; 1990. 223 p.
- Orem D. *Nursing: concepts of practice* 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001. 542 p.
- Imperatori, E, Giraldes M. *Metodologia do Planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ed.Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1993. 200 p.
- Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de identidade dos cuidados de saúde Primários, regulamento interno [Internet]. Lisboa: SNS; 2022 [cited 2022 apr 05]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

19. Delgado AD & Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*; 2001; 2 (2), 81-100.
20. International Council of Nurses. CIPE® versão 2015 - classificação internacional para a prática de enfermagem. Loures: Lusodidacta; 2015. 278 p.
21. World Health Organization. The World Health Statistic – Monitoring health for SDGs [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2022 mar 10]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>.
22. Ordem dos Enfermeiros. Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica: «Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care» [Internet]. Lisboa: OE; 2010 [cited 2023 nov 03]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
23. Figueiredo MH. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Loures: Lusociência; 2012. 205 p.
24. Pan American Health Organization. Improving Chronic Illness Care (ICIC) [Internet]. Regional Office of the World Health Organization; c2012. [cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PA-HO-Factsheet-Chronic-care-2012.pdf>
25. Tan CS, Hassali MA, Neoh CF, & Saleem F. A qualitative exploration of hypertensive patients' perception towards quality use of medication and hypertension management at the community level. *Pharmacy Practice* [Internet]. 2017; 15(4), 1-12. Available from: <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.04.1074>.
26. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazaré J. Prevalência, sensibilização, tratamento e controlo da hipertensão e consumo de sal em Portugal: mudanças ao longo de uma década. O estudo PHYSA. *Journal of Hypertension*. 2014; 32(6): 1211-1221.
27. Barreto M da S, Reiners AAO, Marcon SS. Conhecimento sobre hipertensão e fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2022 mar 5]; 22 (3): 484-90. Available from: <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3447.2442>.
28. Fu SN, Dao MC, Wong CKH, & Cheung, BMY. The Association of Health Literacy with High-Quality Home Blood Pressure Monitoring for Hypertensive Patients in Outpatient Settings. *International Journal of Hypertension* [Internet]. 2020 [cited 2022 mar 2]; (1): 1-15. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2020/7502468/>
29. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. WHO, 2018 [cited 2022 apr 27] 224 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
30. Silva SSB de, Oliveira S de F da SB de; Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2022 nov 6]; 50(1): 50-58. Available from: <https://www.scielo.br/j/recusp/a/VKhicBcGHFYdghKYXHrGqki/?format=pdf&lang=en>
31. Santiago M, Carvalho R, Pereira C, Magalhães A, Penetra J, Baptista A, Campos A, et al. Arterial hypertension: its knowledge, compliance and quality of life impact in hypertensive patients. *Rev Port Hiper e Risco Cardiovascular* [Internet]. 2016 [cited 2022 mar 2]; (56): 3-38. Available from: https://www.sphta.org.pt/files/sphta_56_2016_1112.pdf
32. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. *J Hypertens*. 2005; 23(9): 1661–6.
33. Ribeiro, DC. Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais [dissertation on the internet]. Lisboa (Portugal): Universidade do Porto; 2013 [cited 2022 mar 30] Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/111008/2/255821.pdf>
34. Direção-Geral da Saúde. Relatório sobre o ponto de situação global da atividade física 2022: sumário executivo [Internet]. Lisboa: DGS; 2022 [cited 2023 jan 04]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365405>
35. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 jan 04]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-eng.pdf>
36. Oliveira T, Miranda L, Fernandes P & Caldeira P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013; 26 (2) 179-184.
37. Gama EJS, Queiroz JWG de, Rodrigues AKBF. Intervenções educativas no contexto da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão sistemática. *Temas em Educ. e Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2022 jun 06]; 7(00) e021010. Available from: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/14729>.
38. Motter F, Olinto M. & Paniz V. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma farmácia básica no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31 (2), 395-404.
39. Pereira, AM. Adesão ao tratamento: estudo com usuários hipertensos em uma unidade básica de saúde no município de São José de Ribamar. [master's thesis] Coimbra: Instituto Politécnico; 2018. 50 p.

40. Ribeiro, DC. Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais [dissertation on the internet]. Lisboa (Portugal): Universidade do Porto; 2013 [cited 2022 mar 30] Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/111008/2/255821.pdf>
41. Godinho F, Andrade C e Silva C. Acompanhamento dos doentes hipertensos nos cuidados de saúde primários - a nossa prática. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 2017; (60): 16-17.
42. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para a promoção da alimentação saudável [Internet]. Lisboa: DGS; 2020 [cited 2022 jun 11]. Available from: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>
43. Sousa P, Pereira G. Intervenção na hipertensão arterial em doentes em cuidados de saúde primários. *Psicologia, Saúde & Doenças* [Internet]. 2014 [cited 2022 dec 19]; 15 (1) 245- 261. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36231157020.pdf>
44. Barbosa ME, Bertelli EV, Aggio CM, Scolari GAS, Marcon SS, & Carreira L. Fatores associados à adesão de adultos/idosos ao tratamento da hipertensão arterial na atenção básica. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2019 [cited 2022 dec 11]; (27): 1-8. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45894/33102>
45. Dantas RCO & Roncalli AG. Protocolo para hipertensos assistidos na atenção básica em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2023 jan 03]; 24 (1): 13 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SPzOTO6dJjYvgf8w7czq8MO/?lang=pt#>.
46. Costa Y, Araújo C, Almeida LB, & Viegas S M. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2022 jun 30]; 38(4): 473-481. Available from: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/364/310>
47. Barreto SM, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2022 jun 30]; 23(1): 38-46 Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/97d9/f36925d251114f901752a6fcc40345bbb476.pdf>
48. <https://pdfs.semanticscholar.org/97d9/f36925d251114f901752a6fcc40345bbb476.pdf>
49. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para as doenças cérebro cardiovasculares: Lisboa. DGS; 2017 [cited 2022 apr 09]. Available from: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>
50. Regulamento n.º 428/2018. 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, II Série* (nº 135 de 16-07-2018), 19354-19359.
51. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. *Medicine* [Internet]. 2017 [cited 2022 jun 8]; 96(4): e5641. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641>

Capacidade de autocuidado de pessoas idosas portuguesas residentes em contexto domiciliário

Fátima Cunha¹

orcid.org/0000-0001-7847-7739

Maria Rosário Pinto²

orcid.org/0000-0001-6786-6069

Margarida Vieira³

orcid.org/0000-0002-9439-2804

¹ Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV) | Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS); Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal.

² Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E) | Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

³ Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Instituto Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Resumo

Introdução

Neste artigo apresenta-se uma análise da Capacidade de Autocuidado de pessoas idosas residentes em contexto domiciliário, identificando variáveis que nela interferem. O envelhecimento é uma etapa da vida em que as necessidades de saúde sofrem contínuas modificações decorrentes das situações de doença e do processo de envelhecimento, pelo que a implementação de um adequado e eficaz apoio à capacidade para cuidar de si contribuirá na promoção da saúde e bem-estar.

Objetivo

Identificar variáveis que interferem na Capacidade de Autocuidado de pessoas idosas residentes em contexto domiciliário.

Métodos

Trata-se de um estudo de natureza não experimental, transversal, quantitativo de tipo descritivo e correlacional, no qual participaram 400 pessoas que cumpriram os critérios de inclusão definidos. Avaliação da capacidade de autocuidado com recurso à *Exercise of Self-Care Agency – ESCA*.

Resultados

Baseados na análise multivariada da variância, identificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em alguns domínios da Capacidade de Autocuidado de acordo com a idade, escolaridade e auto perceção do estado de saúde da pessoa idosa. Em termos globais, constataram-se correlações positivas entre a idade e o domínio Iniciativa e responsabilidade (3.6%) e entre a escolaridade e o domínio do Conhecimento e procura informação (5.2%) e correlação negativa entre a idade e o domínio Conhecimento e procura de informação (3.7%). Identificou-se ainda que as pessoas idosas que se percecionam como incapazes de cuidar de si apresentaram pontuações inferiores no domínio do Conhecimento e procura de informação, comparativamente àquelas que se percecionam com capacidade para cuidar de si, tanto quando se autopercecionam como saudáveis ou portadoras de doença (diferença de pontuações médias de -.38 e -.53, respetivamente, $p < .05$).

Conclusão

Perante estes dados, e sendo o envelhecimento uma etapa de múltiplos desafios no autocuidado, sugere-se que o enfermeiro equacione múltiplas estratégias para que a pessoa idosa consiga aceder, compreender, interpretar e integrar o conteúdo da informação que lhes permita cuidar de si.

Palavras-chave

Autocuidado; Cuidados de Enfermagem; Envelhecimento; Pessoa Idosa.

Autor de correspondência

Fátima Cunha

E-mail: fatima.cunha@essaude.ipsantarem.pt

Recebido: 16.02.2023

Aceite: 03.05.2023

Como citar este artigo: Cunha F, Pinto MR, Vieira M. Capacidade de autocuidado de pessoas idosas portuguesas residentes em contexto domiciliário. Pensar Enf [Internet]. 2023 Ago; 27(1):76-81. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.262>



Introdução

No século XXI, a tendência para o envelhecimento populacional é notória, sendo a longevidade uma das maiores conquistas da humanidade.¹ As Nações Unidas² identificam os idosos como o grupo etário com maior crescimento nos últimos 72 anos, representando 13,9% da população global. O mesmo Organismo estima que a população mundial com 60 anos ou mais deve duplicar até 2050 e mais do que triplicar até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 3,1 mil milhões em 2100. Em Portugal, o índice de envelhecimento em 2020 situava-se em 167%, sendo a percentagem de pessoas com mais de 65 anos a quarta mais alta da União Europeia.³

Nesta etapa de vida, as necessidades em saúde sofrem contínuas modificações decorrentes do processo de envelhecimento e/ou situações de doença, interferindo ou podendo interferir na capacidade das pessoas idosas para cuidarem de si, na sua capacidade de autocuidado, uma potencialidade que é parte integrante do ser humano.

De acordo com a Teoria de Orem,⁴ o autocuidado está associado ao desempenho ou à prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar, ao potencial para se envolverem em ações que visam cuidar de si, numa estreita relação a autonomia da pessoa. Tal como a autora refere, no autocuidado o foco é colocado no poder humano ativado e evidenciado pela pessoa quando ela investiga, julga, toma decisões e produz *self-care operations*.⁴ A forma como cada pessoa desenvolve as atividades de autocuidado leva à existência de níveis distintos de capacidade/déficite de autocuidado e, consequentemente, à capacidade de desenvolvimento de comportamentos de promoção da saúde e de um envelhecimento saudável.

Configura-se assim uma problemática que já tem vindo a ser objeto de estudo em diferentes realidades, com vários estudos a evidenciarem associações estatisticamente significativas entre a capacidade de autocuidado, comportamentos de promoção de Saúde e bem-estar na pessoa idosa.^{5,6,7,8} A relevância da dimensão do autocuidado em contexto de saúde, ganha ainda destaque com o número crescente de estudos que disponibilizam instrumentos para avaliação da capacidade de autocuidado em pessoas idosas,^{9,10} permitindo objetivar as suas necessidades associadas à diversidade de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e não apenas um resultado direto da idade cronológica,¹¹ e contribuir para que sejam desenvolvidas intervenções que respondam à individualidade de vida da pessoa.

Neta linha de pensamento, o mais recente relatório mundial sobre o envelhecimento e saúde apresenta um enfoque social para a abordagem desta temática,¹¹ destacando que a idade avançada não implica dependência e que, embora na sua maioria as pessoas idosas coexistam com múltiplas comorbilidades, a diversidade das suas capacidades e necessidades não é aleatória.

Da mesma forma, a Teoria do Déficite do Autocuidado em Enfermagem de Orem⁴ identifica fatores condicionantes básicos que influenciam o autocuidado que transcendem a

idade (sexo, estado de desenvolvimento, padrão de vida, fatores ambientais, disponibilidade e adequação de recurso). No entanto, na evidência científica disponível, identifica-se um número reduzido de estudos que relatam a influência de variáveis como o género^{3,12} e a escolaridade.⁵ Emerge, assim, o interesse na análise das capacidades da pessoa idosa para tomar conta de si, contribuindo para a manutenção da sua saúde, identificando de que forma as variáveis sociodemográficas interferem na capacidade de autocuidado.

Considerando esta perspetiva, alinhada com a proposta de recomendar um enfoque no envelhecimento da população que potencie a transformação dos sistemas de saúde por forma a substituir os modelos curativos pelos preventivos, com foco nas necessidades das pessoas idosas,¹¹ emerge como essencial a identificação das variáveis que interferem na capacidade de autocuidado das pessoas idosas por forma a implementar um adequado e eficaz apoio ao desenvolvimento destas capacidades.

Objetivo

Identificar variáveis que interferem na Capacidade de Autocuidado de pessoas idosas residentes em contexto domiciliário.

Métodos

Estudo de natureza não experimental, transversal, quantitativo de tipo descritivo e correlacional, com parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Proc.086/CES/INV/2018), desenvolvido assegurando as dimensões éticas e legais subjacentes a estudos desta natureza. Amostra constituída por 400 pessoas idosas residentes em contexto domiciliário, recrutadas em centros de dia (6 contextos) e consultas de enfermagem (6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e 8 Unidades de Saúde Familiar), através de uma amostragem por conveniência. Os dados foram recolhidos em formato de papel e o investigador esteve presente ao longo do processo para assegurar o cumprimento dos critérios de amostragem, nomeadamente a capacidade cognitiva para compreensão das questões, consentimento informado e esclarecimento de linguagem incluída no questionário e/ou leitura do mesmo, em participantes que não sabiam ler ou tinham diminuição da acuidade visual. Para determinar a autoperceção do estado de saúde, a pessoa idosa poderia responder considerando três níveis: a) Incapaz de cuidar de si, necessita ajuda outros; b) Capacidade para cuidar de si apesar da doença e c) Saudável, com capacidade para cuidar de si.

A avaliação da capacidade de autocuidado concretizou-se através da aplicação da *Exercise of Self-Care Agency – ESCA* de Kearney e Fleischer,¹³ revista por Riesch e Hauck¹⁴ e traduzida, adaptada culturalmente e validada para a população portuguesa pelas autoras do presente artigo, processo durante o qual se desenvolveu um estudo da fiabilidade através da análise da consistência interna com

recurso ao *coeficiente de Alpha de Cronbach* e da validade de constructo pela análise fatorial exploratória, numa amostra de 625 pessoas idosas residentes em contexto domiciliário. O instrumento resultante é constituído por 29 itens (menos 6 que a escala original), distribuídos por 4 domínios conceptualmente congruentes com os autores originais e com características psicométricas adequadas para sua utilização em contexto clínico ou na investigação (escala global $\alpha = .871$; subescalas: Autoconceito $\alpha = .705$, Iniciativa e Responsabilidade $\alpha = .843$, Conhecimento e procura de informação $\alpha = .755$ e Passividade $\alpha = .646$). Análise dos dados realizada com recurso ao programa da IBM SPSS *Statistics Base*, na versão 27.0. A estatística descritiva (medidas de tendência central e medidas de dispersão) foi utilizada para caracterização da amostra. Para a análise multivariada de variância, foram verificados os pressupostos de independência das observações e homogeneidade de variância/covariância. Utilizámos o *Traço de Pillai* devido à sua robustez para violações modestas à normalidade e o *Lambda de Wilks* sempre que se verificou homogeneidade, aspetos que consideram as recomendações de Marôco.¹⁵

Resultados

No que diz respeito às características da amostra, ela foi constituída maioritariamente por pessoas idosas do género feminino (68.5%), com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos ($M = 75.52$ anos; $DP = 7.16$). Relativamente à

escolaridade, a maioria tinha o ensino primário (61.3%), seguido dos que frequentaram ou concluíram o ensino Secundário (27.3%). Com menor representatividade, os que tinham habilitações de nível superior (7.2%) e os que nunca frequentaram a escola (4.3%). A maioria das pessoas idosas referiram perceber-se com capacidade para realizar atividades habituais de cuidar de si, apesar da doença (55%), 33.5% referiram perceberem-se como saudáveis e apenas 11.5% afirmaram uma autoperceção de incapacidade para realizar atividades habituais de cuidar de si, necessitando da ajuda de outrem.

Como resultados deste estudo, constatou-se que o género não interfere na Capacidade de Autocuidado, já que os dados da análise multivariada da variância não revelaram diferenças estatisticamente significativas [*Lambda de Wilks* = .988, $F(4, 395) = 1.23$, $p = .297$, $\eta_p^2 = .012$, $(1-\beta) = .386$]. Os testes univariados também não identificaram qualquer diferença estatisticamente significativa.

No que diz respeito à idade, a análise do *Coefficiente de correlação de Pearson*, permitiu identificar uma correlação positiva de baixa magnitude com a dimensão Iniciativa e responsabilidade ($r = .191$, $p < .01$), e uma correlação negativa, igualmente de baixa magnitude, entre a idade e o Conhecimento e procura de informação ($r = .193$, $p < .01$) (ver Tabela 1). Identificou-se ainda que, quanto maior é a idade da pessoa idosa maior tende a ser a Iniciativa e responsabilidade e menor o Conhecimento e procura de informação.

Tabela 1 - Coeficientes de correlação de *Pearson* entre a idade dos participantes e as medidas ESCA

	Idade dos participantes Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> (r)
ESCA (escala global)	.036
Iniciativa e responsabilidade	.191**
Autoconceito	-.005
Conhecimento e procura de informação	-.193**
Passividade (invertido)	.031

* $p < .05$ ** $p < .01$

Relativamente à influência do nível de escolaridade a análise multivariada da variância, demonstrou influência do nível de escolaridade na capacidade de autocuidado, já que se observou um efeito global estatisticamente significativo [*Traço de Pillai* = .150, $F(12, 1185) = 5.18$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .050$,

$(1-\beta) > .999$]. Este efeito deve-se à existência de diferenças ao nível das dimensões Conhecimento e procura de informação (magnitude correspondente a $\eta_p^2 = 5.2\%$), Autoconceito ($\eta_p^2 = 2.6\%$) e Iniciativa e responsabilidade ($\eta_p^2 = 2.0\%$) (ver Tabela 2).

Tabela 2 - Pontuações médias e desvios-padrão da ESCA em função da escolaridade dos participantes: Testes univariados (F), magnitude do efeito experimental (η_p^2) e poder da investigação ($1-\beta$)

	Escolaridade											F (3, 396)	η_p^2	1- β
	Não frequentou a escola (n= 17)		Ensino primário (n= 245)		Ensino secundário (n= 109)		Ensino superior (n= 29)		Total (N= 400)					
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP				
ESCA (global)	3.14	.56	3.20	.45	3.20	.50	3.12	.40	3.19	.46				
Iniciativa e responsabilidade	3.50	.56	3.36	.56	3.25	.59	3.13	.51	3.32	.57	2.76*	.020	.666	
Autoconceito	3.49	.65	3.63	.37	3.56	.42	3.41	.40	3.59	.40	3.46*	.026	.774	
Conhecimento e procura de informação	2.33	1.23	2.84	.89	3.14	.69	3.21	.49	2.93	.86	7.20**	.052	.983	
Passividade (invertido)	2.58	.93	2.50	.81	2.58	.98	2.52	.71	2.52	.86	.25	.002	.098	

* $p < .05$ ** $p < .01$

A realização dos *testes de Games-Howell* indicou diferenças estatisticamente significativas ao nível do Autoconceito, exclusivamente nas pontuações médias entre as pessoas idosas que possuem o Ensino Primário e os que detêm o Ensino Superior (diferença de pontuações médias de .22, $p < .05$). Ao nível do Conhecimento e procura de informação, as diferenças estatisticamente significativas situaram-se entre as pessoas idosas que não frequentaram a escola ou possuem o Ensino Primário e as que detêm o Ensino Superior (diferença de pontuações médias de .88 e .36, respetivamente, $p < .05$), assim como, entre os participantes com o Ensino Primário e o Ensino Secundário (diferença de -.30, $p < .01$). Para além destes aspetos, constatou-se que as pessoas idosas que não frequentaram a escola apresentavam níveis baixos de Conhecimento e procura de informação (M=2.33; DP=1.23). Identificou-se ainda um aumento progressivo dos valores obtidos com o aumento da escolaridade (ensino primário M= 2.84; DP=.89; ensino Secundário M=3.14; DP=0.69 e ensino superior M=3.21; DP=0.49) (ver tabela 2).

Relativamente à influencia da Auto percepção do estado de saúde na Capacidade de Autocuidado, os resultados da análise multivariada revelaram um efeito global estatisticamente significativo, com uma magnitude para o

teste multivariado na ordem dos 6.5% [*Traço de Pillai*= .130, $F(8, 790) = 6.84, p < .001, \eta_p^2 = .065, (1-\beta) > .999$].

A realização dos *testes de Games-Howell* permitiu identificar maiores pontuações ao nível do Autoconceito em pessoas idosas saudáveis, em comparação com os que se percebem como incapazes de cuidar de si (diferença de pontuações médias de .25, $p < .05$). As pessoas idosas que se percebem como capazes de cuidar de si apesar da doença apresentaram, também, maiores pontuações comparativamente às que se percebem como incapazes de cuidar de si, necessitando de apoio de outros (diferença de pontuações médias de .31, $p < .01$).

No referente ao fator Conhecimento e procura de informação, as pessoas idosas cuja auto percepção é de incapacidade para cuidar de si apresentaram pontuações inferiores àquelas que se percebem com capacidade para cuidar de si apesar da doença e aos que se percebem como saudáveis (diferença de pontuações médias de -.38 e -.53, respetivamente, $p < .05$).

Na dimensão Passividade (invertido), as pessoas idosas auto percebidas como saudáveis indicaram maior atividade comparativamente às que se percebem como incapazes de cuidarem de si e àquelas que afirmaram perceber-se com capacidade para cuidar de si apesar da doença (diferença de pontuações médias de .56 e .23, respetivamente, $p < .05$) (ver tabela 3).

Tabela 3 - Pontuações médias e desvios-padrão da ESCA em função da variável Auto percepção do estado de saúde: Testes univariados (F), magnitude do efeito experimental (η_p^2) e poder da investigação ($1-\beta$)

	Auto percepção do estado de saúde								F (2, 397)	η_p^2	1- β
	Incapaz de cuidar de si, necessita de ajuda de outros (n = 46)		Capacidade para cuidar de si, apesar da doença (n = 220)		Saudável, com capacidade para cuidar de si (n = 134)		Total (N = 400)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
ESCA (global)	2.95	.44	3.21	.44	3.25	.49	3.19	.46			
Iniciativa e responsabilidade	3.22	.59	3.35	.55	3.32	.60	3.32	.57	1.02	.005	.228
Autoconceito	3.34	.53	3.65	.34	3.58	.42	3.59	.40	11.63***	.055	.994
Conhecimento e procura de informação	2.54	.88	2.92	.86	3.07	.80	2.93	.86	6.78**	.033	.918
Passividade (invertido)	2.16	.70	2.49	.85	2.71	.87	2.52	.86	8.00**	.039	.955

* $p < .05$ ** $p < .01$

Discussão

Ao identificarmos variáveis que interferem na Capacidade de Autocuidado de pessoas idosas residentes em contexto domiciliário, constatamos não existirem diferenças estatisticamente significativas ao nível do género, o que vai de encontro aos resultados identificados em pessoas idosas turcas⁵ e chinesas.¹²

Já em relação à idade, a Iniciativa e responsabilidade tende a aumentar com o avançar desta, verificando-se o contrário em relação ao Conhecimento e procura de informação. Estes resultados poderão estar relacionados com a intencionalidade atribuída pela pessoa idosa à procura de informação, já que para Orem^{4,16} a preocupação consigo próprio, a motivação e a hierarquia de valores são aspetos fundamentais para o envolvimento em ações de autocuidado. Por outro, uma vez que a perceção, a memória e as habilidades de aprendizagem são consideradas disposições fundamentais para a ação de autocuidado,¹⁶ as perdas de carácter biológico que se tornam progressivas com o avançar da idade, poderão estar na base de níveis mais baixos no domínio Conhecimento e procura de informação em idades mais avançadas.

Identifica-se também uma influência do nível de escolaridade nos domínios Autoconceito, Iniciativa e responsabilidade, bem como, no domínio Conhecimento e procura de informação. Em termos globais, constatamos que um aumento progressivo da escolarização se associa a um aumento do nível de Conhecimento e procura de informação. Estes resultados estão em linha com as conclusões de outros estudos que revelam: uma baixa escolaridade acompanha um conhecimento insuficiente sobre a doença e tratamento^{12,17} e menor capacidade para o envolvimento em ações de autocuidado.⁵

Apesar de ser importante mobilizar a dimensão de desenvolvimento de competências ao longo da vida, na verdade as pessoas idosas com baixa escolaridade podem ter maior dificuldade em aceder a informação relacionada com a sua saúde e com os cuidados de saúde, bem como, menor capacidade para compreender e gerir informação que lhes permita tomar decisões relacionadas com a sua saúde. Apesar de uma vasta quantidade de informações poder estar disponível para o público, proveniente de diferentes formatos e fontes de informação, muitas pessoas podem ter dificuldade em as interpretar e aplicar, o que pode contribuir para uma maior complexidade ao colocar boas práticas de saúde em curso, apesar da informação disponibilizada.¹⁸ Outro fator que pode estar associado a esta problemática é o baixo grau de literacia em saúde da população idosa em Portugal, que pode condicionar a capacidade de obter e aplicar informações relevantes sobre saúde^{19,20,24} ou a gestão de situações de doença.^{20,21,24}

Quando a esta situação se associa a autoperceção de incapacidade para cuidar de si, verificamos a existência de níveis mais baixos de autoconceito, o que poderá estar relacionado com o impacto da dependência na identidade da pessoa. Alguns autores afirmam que as situações de doença em que há perda de controlo da pessoa, perante as

suas próprias rotinas, provocam alterações profundas no autoconceito.^{22,23}

Face a estes resultados, que assumem relevância na compreensão de estratégias para o planeamento de cuidados e que se alinham com as orientações do Modelo de Orem^{4,16} e com a estrutura de raciocínio proposta pela autora, sugere-se o desenvolvimento de intervenções que permitam um acompanhamento que conduza à integração da informação na forma como a pessoa cuida de si, mobilizando, para tal, a orientação inerente ao sistema de apoio e educação para o autocuidado proposto pela autora.^{3,16}

Conclusões

Como enfermeiros, devemos equacionar múltiplas estratégias para que as pessoas consigam aceder, compreender, interpretar e integrar o conteúdo da informação que lhes permita cuidar de si, dado que, nas pessoas mais idosas, com níveis mais baixos de escolaridade e com a perceção de serem incapazes de cuidar de si, foram encontradas ponderações mais baixas no domínio do Conhecimento e procura de informação.

Na vivência de situações de incapacidade, a promoção do autoconceito surge também como uma das dimensões relevantes para a capacidade de autocuidado pelo que esta deve ser uma dimensão a integrar no planeamento dos cuidados.

Considerando que este estudo apenas integra pessoas idosas em contexto domiciliário, sugerem-se novos estudos incluindo contextos de internamento em diferentes tipologias. Uma análise de outras variáveis que tenham por base os fatores condicionantes básicos enunciados por Dorothea Orem⁴ na sua Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem contribuiriam para uma compreensão mais alargada da problemática.

Contribuições autorais

FC: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Redação do manuscrito.

MRP: Colaboração na análise estatística; Redação do manuscrito.

MV: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados.

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Financiamento


Financiamento: Trabalho de tradução para língua inglesa financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto n.º UID/CED/04748/2020 (CIEQV).

Referências

1. Galvão A, Pereira F, Silva A. Promoção do autocuidado no envelhecimento gratificante. In: Galvão A. Literacia em Saúde e Autocuidados: Evidências que Projetam a Prática Clínica. Algs: Euromédice; 2021. p. 211-221.
2. Nações Unidas. Centro regional de informação para a Europa Ocidental – Envelhecimento [Internet]. ONU; 2023 [cited 2023 April 23] Available from: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
3. Instituto Nacional Estatística. Estimativas de População residente em Portugal. 2020. INE; 2021.
4. Orem D. Nursing: concepts of practice. 6ª edition. St. Louis: Mosby; 2001. 385.
5. Yanardağ MZ, Özer Ö, Özmen S. Investigating Self-Care Agency and Well-Being of Elderly People. Soc Work Public Health [internet]. 2021 May 19;36(4):496-508. doi: 10.1080/19371918.2021.1915908.
6. Du M, Kong H, Ran L, Ran Y, Bai L, Du Y, Guan H, Dong Y, Zhao Y. Associations among health-promoting lifestyle, self-care agency and health-related quality of life in Bai older adults with hypertension in Yunnan China. BMC Geriatr. 2022 Dec 7:22(1):942. doi: 10.1186/s12877-022-03608-0
7. Liu Y, Xue L, Xue H, Hou P. Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents. Health Education Journal [Internet]. 2018. 77(3): 303-311. Available from: <https://doi.org/10.1177/0017896917739777>
8. Tanimura C, Matsumoto H, Yoshimura J, Tokushima Y, Yamamoto Y, Fujihara Y, Miyoshi M, Hagino H. A Path Model Analysis of the Causal Relationship between Self-care Agency and Healthy Behavior in Community-dwelling Older People from the GAINA Study. Yonago Acta Med. 2019 Mar 28;62(1):137-145. doi: 10.33160/yam.2019.03.019
9. Alhambra-Borrás T, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, Sánchez-García J. The Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASA-R): Adaptation and Validation in a Sample of Spanish Older Adults. Span J Psychol. 2017 Oct 23;20: E48. doi: 10.1017/sjp.2017.52
10. Guo L, Zauszniewski JA, Ding X, Zhang L, Gao H, Guo Q, Liu K. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Reliability and Validity Among Older Chinese People. West J Nurs Res. 2017 Nov 39(11):1459-1476. doi: 10.1177/0193945916672821
11. OMS (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Resumo, OMS
12. Hu J, Gruber KJ, Liu H, Zhao H, Garcia AA. Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. J Clin Nurs [internet]. 2013 Jan;22(1-2):51-60. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04273.
13. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res Nurs Health [internet]. 1979 Mar;2(1):25-34. doi: 10.1002/nur.4770020105.
14. Riesch SK, Hauck MR. The exercise of self-care agency: an analysis of construct and discriminant validity. Res Nurs Health [internet]. 1988 Aug;11(4):245-55. doi: 10.1002/nur.4770110406
15. Marôco, J. Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, msoftware e aplicações. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2014. 1013.
16. Taylor S, Renpenning K. Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice. Springer publishing company. New York; 2011. 256.
17. Borba AK, Arruda IK, Marques AP, Leal MC, Diniz AD. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. Cien Saude Colet [internet]. 2019 Jan;24(1):125-136. doi: 10.1590/1413-81232018241.35052016
18. Carvalho C, Santos P, Pereira J. Literacia em saúde. Volume I. Porto: Escola Superior de Saúde do Porto. Politécnico do Porto. 2020. 23.
19. Serrão C, Veiga S, Ribeiro G. Literacia em saúde: um desafio na e para a terceira idade. Projeto de literacia em saúde. Portugal: Tipografia Lessa; 2014. 77.
20. Luyckx K, Rassart J, Aujoulat I, Goubert I, Weets I. Self-esteem and illness self-concept in emerging adults with Type 1 diabetes: Long-term associations with problem areas in diabetes. J Health Psychol [internet].2016 Apr;21(4):540-9, doi: 10.1177/1359105314531467.
21. Jacobs RJ, Ownby RL, Acevedo A, Waldrop-Valverde D. A qualitative study examining health literacy and chronic illness self-management in Hispanic and non-Hispanic older adults. J Multidiscip Healthc [internet]. 2017 Apr [cited 2022 Feb 19]; 20:10:167-177. Available from: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S135370>
22. Medina, D. Literacia em Saúde: Um estudo sobre a população idosa portuguesa. [dissertation on the internet]. Lisboa (Portugal): Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa; 2019 [cited 2023 jan 23]. 70 p. Available from: <http://hdl.handle.net/10284/7456>
23. Townsend, A., Wyke, S., Hunt, K. Self-managing and Managing Self: Practical and Moral Dilemmas in Accounts of Living with Chronic Illness, Chronic Illn. 2006 Sep;2(3):185-94. doi: 10.1177/17423953060020031301.
24. Arriaga MT, Santos B, Silva A, Mata F, Chaves N, Freitas G. Plano de Ação para a literacia em saúde 2019-2021. Lisboa, Ministério da Saúde-Direção-Geral da Saúde; 2018. 26.

Habilidades sociais de enfermeiros da atenção básica e o agir comunicativo de Jürgen Habermas

Resumo

Aline Loiola Moura Bianconi¹
 orcid.org/0000-0002-1470-2164

Sonia Silva Marcon²
 orcid.org/0000-0002-6607-362X

Tatiana da Silva Melo Malaquias³
 orcid.org/0000-0001-5541-441X

Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad⁴
 orcid.org/0000-0001-7564-8563

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Filosofia. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

Objetivo

Promover reflexão sobre as habilidades sociais na atuação de enfermeiros da atenção básica, na perspectiva do agir comunicativo de Habermas.

Método

Trata-se de um artigo de reflexão que propõe uma discussão sobre as habilidades sociais na atuação de enfermeiros da atenção básica, embasada pela Teoria do Agir Comunicativo de Habermas.

Desenvolvimento

As habilidades sociais referem-se aos comportamentos no repertório do indivíduo para lidar com as demandas e situações sociais que ocorrem no dia a dia. No processo laboral o enfermeiro, por ser o gestor da equipe, deve desenvolver suas potencialidades para ampliar as habilidades pertinentes à gestão da assistência, especialmente, quanto à comunicação efetiva.

Conclusão

Conclui-se que a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas contribui para a prática gerencial do enfermeiro e apoia para um desempenho social favorável, visto que, ao submeter suas atitudes a um agir comunicativo, o enfermeiro estará em busca de maior interação com sua equipe, pacientes, família e demais profissionais que constituem as redes de atenção.

Palavras-chave

Atenção Básica; Comunicação; Enfermagem; Filosofia em Enfermagem; Relações Interpessoais.

Autor de correspondência

Tatiana da Silva Melo Malaquias
E-mail: tatieangel@yahoo.com.br

Recebido: 30.03.2023
Aceite: 04.05.2023

Como citar este artigo: Bianconi ALM, Marcon SS, Malaquias TSM, Haddad MCFL. Habilidades sociais de enfermeiros da atenção básica e o agir comunicativo de Jürgen Habermas. Pensar Enf [Internet]. 2023 Ago; 27(1):82-86. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.269>



Introdução

A Atenção Básica (AB) é compreendida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abarcam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizada por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, desenvolvida por uma equipe multiprofissional para a população em um território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.^{1,2}

As ações da AB estão pautadas em quatro pilares: os cuidados do primeiro contato, a continuidade do cuidado, o cuidado integral e a coordenação do cuidado. Para o cumprimento desses objetivos, é necessário realizar gestão compatível com as necessidades da população, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e contar com profissionais capacitados para a liderança das equipes.^{1,2}

Nessa perspectiva o enfermeiro representa o ator principal nas ações de saúde, pois tem assumido posições de liderança nos cenários atuais que podem ser definidoras da qualidade do cuidado prestado. A atuação do enfermeiro na AB brasileira vem-se configurando como uma ferramenta de mudanças nas práticas de atenção à saúde no SUS, propiciando um novo modelo assistencial que não está centrado no biologicismo, mas na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida.^{1,2}

Autores afirmam que o trabalho do enfermeiro na AB está pautado em duas dimensões: a) produção do cuidado e gestão do processo terapêutico; e b) atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem. Assim, o enfermeiro, como gestor da equipe de enfermagem, além de articular as atividades de vários outros profissionais da equipe de saúde, deve desenvolver potencialidades para ampliar as habilidades pertinentes à gestão do processo de trabalho, especialmente, na comunicação efetiva, relacionamento interpessoal e desenvolvimento de um clima favorável ao exercício da liderança.³

Destarte, a atuação do enfermeiro, nesse cenário, envolve várias dimensões da prática clínica, como o cuidado, a assistência, o ensino, a pesquisa e a gestão, incorporando ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Para alcançar os objetivos dessa modalidade de atenção, é necessário ser um profissional que busca constantemente desenvolver as suas competências sociais e interpessoais.³

As habilidades sociais (HS) englobam classes de comportamentos valorizados em determinada cultura, com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e comunidade, que podem contribuir para um desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais. Tais habilidades estão divididas em automonitoramento, comunicação, civildade, enfrentamento: direitos e cidadania, empatia, HS de trabalho e HS de expressão de sentimento positivo.^{4,5}

Esse repertório de comportamentos pode nascer com a pessoa, eles podem ser adquiridos ao longo de sua vida, por

meio de programas de capacitação ou por vivência. Dessa forma, é possível que uma pessoa socialmente incompetente possa executar de maneira competente uma determinada tarefa.⁶

Considerando que as relações interpessoais e as HS necessitam de tratamento vigoroso e não reducionista, e considerando o processo de trabalho do enfermeiro, reconhecido como uma prática social que promove a construção das relações grupais de caráter complexo, para o desenvolvimento desta reflexão, será utilizada a teoria do Agir Comunicativo de Habermas.^{7,8}

Assim, tem-se por objetivo promover reflexão sobre as habilidades sociais na atuação de enfermeiros da atenção básica, na perspectiva do agir comunicativo de Habermas. Considera-se que tal reflexão é importante, visto que contribuirá para a (re)construção de práticas comunicativas eficientes e, assim, pode tornar esse espaço de atuação mais efetivo no cuidado às pessoas, famílias e comunidades.

Método

Trata-se de um artigo de reflexão que propõe uma discussão sobre as habilidades sociais na atuação de enfermeiros da atenção básica, baseada na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas,⁸ considerando que o trabalho do enfermeiro é reconhecido como uma prática social que promove a construção das relações grupais de caráter complexo e não reducionista.

Desenvolvimento

Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas

Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão, nascido em 1929, é um dos mais importantes filósofos e sociólogos do século XX e considerado um dos últimos representantes da escola de teoria social e filosofia de Frankfurt. No conjunto de sua obra podem ser destacadas três ideias fundamentais: a primeira reside na construção de uma Teoria da Ação Comunicativa; a segunda, na defesa da existência de uma esfera pública, na qual os cidadãos, livres de domínio político, poderiam expor ideias e discuti-las; a terceira ideia defende que as ciências naturais seguem uma lógica objetiva.⁹

Habermas defende que as sociedades são complexas e estão deficientes de integração social. Consequentemente, constituem espaços potenciais de conflitos, dificultam estudos sobre valores morais, e prejudicam a liberdade dos indivíduos. Considerando o mencionado, “os seres humanos de forma geral estão frequentemente à busca de interesses próprios, espelhados através de cálculos de vantagens e decisões arbitrárias. Atua-se sobre o outro e não com o outro, isto é, um agir racional com direção a fins meramente estratégicos”,^{10(p177)}

A Teoria da Agir Comunicativo busca um conceito comunicativo de razão e uma sociedade na qual a comunidade participa das decisões tanto individuais como nas coletivas, de forma ativa, consciente e responsável. Essa teoria compreende o indivíduo como ser participativo que

antes de agir avalia as possíveis consequências, considerando as regras, normas, valores e leis. Portanto, não deve agir mecanicamente.¹⁰⁻¹¹

A presente teoria diz respeito a dois tipos de ações: ação instrumental e ação comunicativa. As sociedades que possuem locais onde há a prevalência da ação instrumental são identificadas pelo filósofo como mundo sistêmico, e aquelas nas quais a prevalência é da ação comunicativa são nomeadas como mundo da vida.¹²

O mundo sistêmico seria aquele mundo em que predomina a racionalidade instrumental e reparadora. Portanto, a crítica da razão instrumental está relacionada a uma ampliação do conceito de racionalidade. Assim, Habermas desenvolve o conceito de racionalidade comunicativa, que se constitui fundamental para o mundo do trabalho ou razão comunicativa, onde o objetivo principal é a busca de interesses próprios.⁹

O mundo da vida seria a esfera privada da família e das amizades, e a esfera pública é onde os sujeitos chegam a um entendimento sobre as outras esferas do sistema social, por meio do processo comunicativo, da ação comunicativa, que por sua vez traz uma decisão melhor para os indivíduos. O mundo da ação comunicativa é o mundo vivido ou o mundo da vida.¹⁰

O Quadro 1 representa aspectos que fundamentam a compreensão do entendimento mútuo e da interface entre o mundo da vida e o agir pautado em normas, ou seja, mundo sistêmico.¹³

Quadro 1 - Pilares teóricos da Teoria do Agir Comunicativo, Londrina/PR, Brasil, 2021

PILARES TEÓRICOS	Orientações para o entendimento mútuo <i>versus</i> orientação para o sucesso
	O entendimento mútuo como mecanismo de coordenação de ações
	Situação de ação e situação da fala
	O pano de fundo do mundo da vida
	Processo de entendimento mútuo entre o mundo e o mundo da vida
	Referências ao mundo e pretensões de validade
	Perspetiva do mundo

Fonte: Adaptado de Habermas (1989)

Para tanto, a comunicação deve ser inteligível, considerando o universo do recetor quando for elaborar um discurso, afinal, o principal objetivo da comunicação é o entendimento. A ênfase dada por Habermas é o paradigma de que a razão dialógica é fruto do processo de entendimento intersubjetivo, pois os sujeitos, situados historicamente, por meio da fala, estabelecem uma relação interpessoal na qual pode-se tentar compreender que o mundo contemporâneo é regido pela razão comunicativa.¹³

Interfaces entre habilidades sociais na atuação do enfermeiro na atenção básica e o agir comunicativo

As atividades do enfermeiro na AB impulsionam ações entre o sistema de saúde e as pessoas, por meio da produção do cuidado, da gestão da equipe de enfermagem e do gerenciamento. “A gestão do cuidado está relacionada às atividades privativas do enfermeiro em relação a planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem, considerando o ponto de vista ético-legal”.^{14(p1)}

O enfermeiro, na prática diária, em virtude de exercer a posição de liderança, necessita proporcionar para sua equipe momentos de integração que favoreçam o pensar, refletir, sentir e agir de todos os envolvidos, nas atividades relacionadas ao atendimento ao paciente e comunidade. Frente a isso, é imprescindível que este profissional seja hábil nos processos de comunicação e relacionamento, pois eles são inerentes à sua atuação gerencial. Para tanto, deve possuir um repertório apurado de habilidades sociais.¹⁵

Neste cenário, a prática diária do enfermeiro perpassa o aspecto mecanicista e reducionista. Portanto, um processo comunicacional adequado é fundamental, considerando a diversidade de ações sob sua responsabilidade, além de articular as atividades entre sua equipe e outros profissionais, setores de saúde e das redes de atenção como um todo, com o intuito comum de atender à comunidade. Desta forma, é necessário implementar uma comunicação efetiva no cotidiano laboral da enfermagem, em especial, pelo enfermeiro como líder desta equipe.^{15,16}

Cabe destacar que, segundo Habermas, é fundamental provocar um aprendizado constante e renovador, “uma vez que o consenso existe até o momento do dissenso”, quando algo ou situações podem ser renegociados. Explica que o “consenso não ocorre quando o mundo da vida é muito distinto”, pois em situações que as culturas são muito distintas pode não haver a motivação de uma ou de ambas as partes no sentido de investigar, ir em busca de entendimento por meio da comunicação. Portanto, comunicação não se restringe ao que é dito ou escrito, pois se transforma em ação, e é assim que os indivíduos interagem entre si, “num vai e vem argumentativo”.^{15,16}

As ideias mencionadas anteriormente permeiam o universo das HS, visto que as classes de habilidades englobam comportamentos relativos ao repertório do indivíduo para um desempenho favorável na sociedade. Portanto, as HS são interdependentes no cotidiano social do homem, e a comunicação é uma habilidade que transpassa entre todas as outras e está estritamente entrelaçada ao agir comunicativo. Quando uma ação necessita do entendimento mútuo e cooperação dos pares para um objetivo comum, deve haver uma compreensão dos contextos individuais e posicionamento do recetor frente ao ato da fala.¹⁶

Por meio da linguagem, o enfermeiro é capaz de reduzir as fragilidades e potencializar as fortalezas comuns nos relacionamentos entre os membros da equipe de saúde. O entendimento da relevância e a capacidade do agir comunicativo fazem com que as individualidades, que formam a heterogeneidade da equipe e as particularidades

de seus entes, deixem de ser peças que prejudicam a comunicação e passem a ser contribuições do consenso construído pela participação de todos.¹⁷

Para colocar em prática o repertório de comportamentos das HS e obter um desempenho social favorável, para o indivíduo ser considerado socialmente habilidoso, é fundamental ter como princípio a automonitoria, e para tal o autoconhecimento é indispensável. Assim, de acordo com Habermas, é essencial acreditar que as pessoas que se comportam irracionalmente se enganam no seu autoconhecimento, e pessoas que conseguem ter uma atitude reflexiva sobre sua subjetividade, por meio da autorreflexão, têm condições de alcançar seus sonhos e objetivos por meio da própria vivência.¹⁶⁻¹⁸

Contudo, nítida é a imprescindibilidade de se transcender o processo comunicativo característico do mundo da vida para se adentrar no processo de racionalidade reflexiva e crítica. Na linguagem gerencial do universo das atribuições do enfermeiro socialmente habilidoso, utilizar a racionalidade reflexiva para uma boa leitura de cenário e solução dos nós críticos no processo assistencial é fundamental. É preciso, por meio do procedimento argumentativo, que o grupo busque o consenso a partir de princípios que busquem assegurar sua validade. Assim, a verdade não é oriunda da reflexão isolada, mas é exercida por meio do diálogo orientado por regras estabelecidas pelos membros do grupo, numa situação dialógica ideal. A situação ideal de fala consiste em evitar a coerção e dar condições para todos os participantes do discurso exercerem os atos de fala. Para Habermas o critério da verdade não consiste na correspondência do enunciado com os fatos, mas sim no consenso discursivo.¹⁶⁻¹⁸

Algumas fragilidades encontradas no processo de comunicação podem afetar o agir comunicativo do enfermeiro e sua equipe, como registros de dados inadequados, velocidade de disseminação de informações (fake ou não) extremamente rápida, gerando complicações de várias proporções e dificultando o controle do processo comunicativo.¹⁹

Dessa forma, faz-se necessário que o enfermeiro, como gestor da equipe, averigue se suas ações estão sendo pautadas apenas no agir estratégico, para não se deparar com a falta de entendimento. Assim, para subvencionar seu agir, deve ir à busca de elementos das ciências sociais e sensibilizar-se com a importância da comunicação no processo de cuidar e gerenciar, de maneira que possa transformar as relações enfermeiro-cliente, enfermeiro-equipe e equipe-cliente. Quando o enfermeiro atua de acordo com suas habilidades sociais e embasado no agir comunicativo, poderá propiciar entendimento e grandes transformações sociais.^{15, 18}

Salienta-se que a comunicação efetiva é imprescindível para o trabalho em equipe. Para que se possa prestar uma assistência de saúde com qualidade e mais humana, precisa-se estabelecer uma comunicação efetiva entre todos os envolvidos, isto é, gestores, trabalhadores, pacientes e familiares.¹⁷

Destarte, é imprescindível focar mais a ação comunicativa do processo de trabalho do enfermeiro, a fim de permitir

um melhor desempenho e relacionamento interpessoal, com autonomia de seus agentes e construção mútua de objetivos comuns entre a equipe de saúde como um todo. Desse modo, os integrantes do processo se reconhecem como atores de um mundo social em meio a divergências culturais, saberes e subjetividades, com intuito de propiciar um relacionamento eficaz.¹⁷

Por fim, enfatiza-se que, na teoria habermasiana, o agir comunicativo é um ato que tem como finalidade o entendimento mútuo, por meio de ajuda entre os envolvidos, correspondendo a uma estratégia eficaz para outras ações, e se desenvolve a partir de um processo anular, em que o ator é iniciador e produto do processo.²⁰

Conclusão

A Teoria da Ação Comunicativa de Jurgen Habermas contribui para a prática gerencial do enfermeiro e apoia para um desempenho social favorável, visto que, ao submeter suas atitudes a um agir comunicativo, o enfermeiro estará em busca de maior interação com sua equipe, pacientes/clientes, família e demais profissionais que constituem as redes de atenção. Profissionais da saúde em geral precisam estar comprometidos em desenvolver suas habilidades sociais e de comunicação, a fim de promover mais humanização e reduzir atos mecanicistas.

Considerando que Habermas sugere que a interação é indispensável para a organização social, o entendimento de todos deve ser o objetivo, sempre em busca do consenso, sem coação de forma alguma. O agir do enfermeiro com sua equipe visa à promoção da saúde e do bem-estar de todos, incluindo clientes internos e externos. O agir comunicativo deve ser uma preocupação de todos os profissionais.

Contribuições autorais

ALMB: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

SSM: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

TSMM: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

MCFLH: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelas autoras.

Referências

1. Farah BF, Dutra HS, Sanhudo NF, Costa LM. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. *Rev Cuid [Internet]*. 2017 [citado 2021 Nov 14]; 8(2): 1638-1655. Disponível em:

- http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S2216-09732017000201638&lng=pt.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.398>.
2. Martins ACT, Paula AP, Cardoso JR, Borges MIG, Botelho MB. O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. saúde colet.* [Internet] 2019 [citado 2021 Nov 14]; 24(6): 2095-2103. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08492019>.
 3. Silva VL, Camelo SH, Soares MI, Resck ZM, Chaves LD, Santos FC, Leal LA. Leadership Practices in Hospital Nursing: A Self of Manager Nurses. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2017 [citado 2021 Set 20] 3(51):e03206. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016099503206>
 4. Del Prette A, Del Prette ZAP. *Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações*. Petrópolis: Vozes, 2013, p.24-30.
 5. Del Prette A, Del Prette ZAP. *Competência Social e Habilidades Sociais: Manual teórico-Prático*. Petrópolis: Vozes, 2017, p.8-27.
 6. Caballo VE. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos, 2010, p.1-17.
 7. Habermas J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003, p.17-23.
 8. Habermas J. *Teoria de la Accion Comunicativa, Tomo I*, Madrid: Taurus Ediciones, 1999, 521p.
 9. Koury MGP. Jürgen Habermas e a teoria do agir comunicativo: breves notas introdutórias. *RBSE* [Internet] 2015 [citado 2021 Set 15];14(40):27-35. Disponível: https://www.researchgate.net/publication/290444963_Jurgen_Habermas_e_a_teor%C3%ADa_do_agir_comunicativo_Breves_notas_introdut%C3%B3rias
 10. Bustamante AP. Aplicação do agir comunicativo de Habermas na mediação comunitária: o diálogo como instrumento transformador. *Revista da Faculdade de Direito Candido Mendes* [Internet] 2013 [citado 2021 Ago 12]; 18(18): 175-193. Disponível em: <https://www.candidomendes.edu.br/wp-content/uploads/2019/05/RevistaFDCM-Ucam18.pdf>
 11. Sales, LMM. *Justiça e mediação de conflitos*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004, 334 p.
 12. Andrade LFS, Alcantara VC, Pereira JR. Comunicação que constitui e transforma os sujeitos: agir comunicativo em Jürgen Habermas, ação dialógica em Paulo Freire e os estudos rganizacionais. *Cad. EBAPE.BR* [Internet] 2019 [citado 2021 Set 21]; 17(1):12-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395164054>.
 13. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
 14. Andrade SR, Schmitt MD, Schittler ML, Ferreira A, Ruoff AB, Piccoli T. Configuration of the management of nursing care in Brazil: a documentary analysis. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2021 Set 02 20]; 10(1):127-33. DOI:<https://doi.org/10.21675/2357707X.2019.v10.n1.1926>.
 15. Montezeli JH, Almeida KP, Haddad MCFL. Percepções de enfermeiros acerca das habilidades sociais na gerência do cuidado sob a perspectiva da complexidade. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet] 2018 [citado 2021 Nov 11]; 52:e03391. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017048103391>.
 16. Alves KYA, Bezerril MS, Salvador PTCO, Feijão AR, Santos VEP. Comunicação efetiva em Enfermagem à luz de Jürgen Habermas *REME – Rev Min Enferm.* [Internet] 2018[citado em 2021 Nov 23];22:e-1147. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180078>
 17. Araújo MPS, Medeiros SM, Quental LLC. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. *Rev enferm UERJ* [Internet] 2016 [citado 2021 nov4];24(5):e7657. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.7657>
 18. Larocca LM, Mazza VA. Habermas e Paulo Freire: referenciais teóricos para o estudo da comunicação em enfermagem. *Rev Gaúch Enferm.* [Internet] 2003[citado 2021 Set 22];24(2):169-76.
 19. Ilha P, Fernandez DLR, Tourinho FSV, Barbosa SS, Kreuzsch PS, Santos EKA. Refletindo a ação comunicativa de Habermas como fator de qualificação do atendimento ao trauma. *Sau. & Transf. Soc.* [Internet] 2019 [citado 2023 Mai 03];10(1/2/3): p.195-200. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5157>
 20. Habermas J. *Racionalidade e comunicação*. Lisboa: Edições 70; 1996, p. 149-163.

Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro

João Santos¹

 orcid.org/0000-0003-0070-2451

¹ Mestre. Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Lisboa, Portugal.

Resumo

Introdução

O presente artigo surge da análise da prática de cuidados como Enfermeiro, num sentido de melhoria contínua. Deste modo, compreendendo a história profissional, os paradigmas da profissão e o posicionamento da Enfermagem em termos sociais no mundo atual, pode-se perspetivar possibilidades de caminhos para a profissão.

Objetivos

Com o presente artigo pretende-se refletir sobre a evolução histórica da Enfermagem em Portugal e perspetivar o futuro da Enfermagem portuguesa à luz das influências internacionais.

Desenvolvimento

Foi abordada a perspetiva histórica e as implicações na prática de cuidados de Enfermagem, o Cuidado Centrado na Pessoa/cliente e a individualização da intervenção e, por fim, a Enfermagem Avançada e a Prática Avançada de Enfermagem. Analisando a perspetiva histórica da Enfermagem ao longo dos séculos, desde o seu período abnegado, passando pela época romântica pela medicina e pela fase tecnicista, compreende-se algumas práticas atuais e dúvidas na perspetiva de futuro. O desenvolvimento do conhecimento e da prática em Enfermagem deverá passar pelo reconhecimento e avanço das competências centrais da disciplina.

Conclusão

É fundamental para o desenvolvimento da Enfermagem uma aproximação entre a produção científica e a prática de cuidados. Facilitador deste processo é o desenvolvimento das especialidades em Enfermagem como curso de mestrado, promovendo não só práticas diferenciadas, mas também um olhar e pensamento críticos dos profissionais. Neste processo, não se deverá remeter para segundo plano a existência de outras ciências – da saúde, sociais e humanas, entre outras – que fomentarão o desenvolvimento do corpo da Enfermagem, mas também, torna-se fundamental a divulgação da produção científica em Enfermagem, de forma a dar visibilidade à ciência e à prática da disciplina.

Palavras-chave

Enfermagem; História da Enfermagem; Enfermagem Centrada na Pessoa; Prática Avançada de Enfermagem.

Autor de correspondência

João Santos

E-mail: joao.santos.rn@gmail.com

Recebido: 02.12.2022
Aceite: 10.05.2023

Como citar este artigo: Santos J. Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro. Pensar Enf [Internet]. 2023 Ago; 27(1):87-94. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>



Introdução

Desde que surge a vida, os cuidados existem: é necessário “cuidar” da vida para que ela possa permanecer.^{1 (p.117)}

A Enfermagem não se pode desligar no seu foco nem na sua história das pessoas. Olhando para o passado, pode-se afirmar que a Enfermagem e o seu desenvolvimento como arte e ciência está intrincada na atenção da Mulher. Desde sempre, que a Mulher assume o papel de cuidadora no seio familiar, promovendo o desenvolvimento harmonioso dos filhos, garantindo a higiene e a manutenção do lar/domicílio, auxiliando na recolha de alimentos e na sua preparação, para nomear algumas. Estas responsabilidades inseridas no papel da Mulher-Mãe estão presentes até ao dia de hoje, apesar das significativas mudanças sociais que a família e a sua representação atualmente apresentam. Historicamente, a Mulher teve um papel social menos ativo até ao século XX – O Século das Guerras. Apesar desse apagamento social, a Mulher não deixou de ser uma pedra basilar na sociedade ao longo dos séculos, não só pelo seu crítico desempenho na família – unidade estrutural e fundamental da sociedade – mas também pelo seu envolvimento nas causas sociais, solidárias e misericordiosas.^{2,3}

Adicionalmente, não se pode negar a relação histórica da Enfermagem com a religião. No caso de Portugal, o Cristianismo, com o seu fundamento altruísta e fraternal, está associado ao cuidado ao próximo. Olhando para as obras de misericórdia difundidas pelas Igreja Católica, salienta-se as sete obras de misericórdia corporais (alimentar os famintos, dar de beber aos quem têm sede, vestir os despidos, abrigar os sem abrigo, visitar os doentes, visitar os presos e sepultar os mortos) e as sete obras de misericórdia espirituais (ensinar os ignorantes, aconselhar os duvidosos, advertir os pecadores, suportar os erros pacientemente, perdoar as ofensas, confortar os tristes, rezar pelos vivos e pelos mortos)⁴. Pelo descritivo das obras de misericórdia, pode-se afirmar que os valores ou princípios fundamentais da Enfermagem se encontram imiscuídos nestes princípios religiosos. Esta relação íntima entre a Enfermagem e a Religião foi exponenciada durante a Idade Média, devido às epidemias, aos confrontos bélicos e à fome que vieram agravar as condições sociais e de saúde. Neste sentido, a religião surgiu como porto de abrigo para a sociedade medieval, providenciando os cuidados de saúde necessários através da intervenção das ordens religiosas.⁵

Apesar deste papel da religião na sociedade, a expressão desta atenção na maioria dos casos era feita pela Mulher, envolvida na ação das ordens religiosas da época. Deste modo, pode-se constatar a tríade Enfermagem – Mulher – Religião, cujo pináculo assume-se em Florence Nightingale – a mãe da Enfermagem moderna. No século XIX, durante a guerra da Crimeia, a falta de condições assistenciais aos militares levou Nightingale a reformular e reestruturar as condições existentes – higiene e limpeza, alimentação, ventilação, luminosidade, organização e separação de circuitos e espaços, entre outras. Este laboratório serviu de catapulta para o seu contributo nos cuidados de saúde modernos.⁵⁻⁷

Esta reflexão surge no seguimento da análise da prática diária como Enfermeiro, num sentido de melhoria contínua. Deste modo, compreendendo a história profissional, os paradigmas da profissão e o posicionamento da Enfermagem em termos sociais no mundo atual, pode-se perspetivar possibilidades de caminhos para a profissão. Com o presente artigo pretende-se refletir sobre a evolução histórica da Enfermagem em Portugal e perspetivar o futuro da Enfermagem portuguesa à luz das influências internacionais. Para o seu desenvolvimento será abordado o percurso histórico abreviado: de Nightingale ao modelo biomédico até aos modelos de Enfermagem – implicações na prática de cuidados de Enfermagem; o Cuidado Centrado na Pessoa/cliente e a individualização da intervenção; e a Enfermagem Avançada e a Prática Avançada de Enfermagem.

Formatado para um cuidado holístico desde o início da formação, criando um distanciamento do modelo biomédico, centrado em sinais e sintomas, a prática profissional pautou-se pela individualização dos cuidados. Neste sentido e no de desenvolvimento de competências, tornou-se evidente repensar as práticas profissionais para avançar os cuidados de Enfermagem prestados na fase de transição de enfermeiro generalista para enfermeiro especialista.

Percurso Histórico Abreviado: de Nightingale aos Modelos de Enfermagem – Implicações na Prática de Cuidados de Enfermagem

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”.⁸ Esta definição de saúde de meados do século XX tenta abarcar mais que o domínio físico da saúde, i.e., a ausência de doença, de origem na física clássica, mecanicista. Pode-se considerar que esta visão dualista entre saúde e doença está na base do modelo biomédico, centrado em sinais e sintomas – aspetos objetivos, mensuráveis – e no processo de cura.⁹

O modelo biomédico guiou a formação em Enfermagem devido às relações profissional e formativa íntimas entre o Médico e o Enfermeiro. Segundo o este modelo, os cuidados de Enfermagem são centrados em rotinas ou tarefas que deem resposta às necessidades físicas da pessoa doente. Nesta linha de pensamento, surge a imagem da Enfermagem como subalterna da Medicina, tendo como objetivo a cura ou o controlo da doença, sendo o médico o principal responsável pelos cuidados de saúde.⁹

Retomando a influência da religião – o Cristianismo – na Enfermagem, o modelo biomédico veio acrescentar à Enfermagem os valores do romanticismo e do pragmatismo. Embebida desde a sua génese em asceticismo, a Enfermagem sempre teve um foco de doação e dedicação total ao outro. Com a evolução científica e a consolidação do modelo biomédico, a subjugação ao médico e a tecnicidade da profissão tornaram-se também

predominantes na Enfermagem. Com estas concepções subjacentes, pode-se afirmar que Enfermagem se encontra entre os cuidados ao corpo, influência da Medicina, e os cuidados ao espírito ou à alma, resultado do peso religioso.⁹

Com a revolução de Nightingale, a Enfermagem acrescentou Ciência à sua Arte¹. O desenvolvimento do corpo de conhecimento próprio da Enfermagem, pode-se afirmar que foi iniciado pelo trabalho de Nightingale.¹⁰ No contexto multidisciplinar da saúde, não se pode ignorar a influência que as diversas disciplinas têm entre si. Em constante desenvolvimento, o corpo de conhecimento próprio da Enfermagem, requisito para a definição da profissão e da disciplina, sofre mutações que desenvolvem a prática da Enfermagem.^{10,11} Para Florence Nightingale, a Enfermagem centra-se no cuidado à pessoa, ao invés de no processo de Enfermagem, na relação terapêutica ou no Enfermeiro. Assim, a Enfermagem molda-se para dar resposta às necessidades de cada pessoa. O Enfermeiro e a pessoa cuidada são influenciados pelos fatores ambientais que devem ser abordados para que sejam modificados no sentido de um melhor cuidado à pessoa de acordo com as suas necessidades. Foi com o trabalho de Nightingale que se desenvolveu a formação em Enfermagem, pois na sua perspectiva os Enfermeiros deveriam ter treino e formação específica para o seu trabalho, permitindo a melhoria dos cuidados prestados.^{10,11}

Durante o século XX, foram diversos os modelos conceptuais da Enfermagem desenvolvidos. Pepin et al.¹⁰ classificam as teóricas de Enfermagem em cinco escolas de pensamento:

- Escola das Necessidades: centrada nas situações de dependência, a Enfermagem suplementa ou complementa a pessoa para satisfazer as necessidades fundamentais, promovendo a independência (Roper, Henderson);
- Escola da Interação: centrada no processo terapêutico interpessoal entre o Enfermeiro, a pessoa e o contexto de forma a facilitar os processos de transição e maximizar a funcionalidade em saúde (Peplau, King);
- Escola dos Resultados: centrada na adaptação da pessoa ao meio (interno ou externo), promovendo respostas adaptativas adequadas (Roy, Neuman);
- Escola do Ser Humano Unitário: centrada no bem-estar da pessoa, maximizando o potencial individual de saúde, em cada momento e lugar (Newman, Rogers);

- Escola do Cuidar: centrada no processo fenomenológico de partilha entre o Enfermeiro e a pessoa cuidada (Leininger, Watson).

Os modelos teóricos em Enfermagem servem de lente para olhar e compreender a realidade dos cuidados de Enfermagem. Na sua concepção, existem quatro conceitos metaparadigmáticos que fundamentam o modelo teórico – Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente. Resultante da influência dos paradigmas vigentes as diversas escolas de pensamento em Enfermagem deram corpo à Ciência produzida.¹⁰

Na atualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, pode-se afirmar que o paradigma holístico e a Enfermagem holística estão a nortear a realidade profissional. Assim, a *Enfermagem abrange o cuidado de indivíduos, famílias, grupos e comunidades, doentes ou saudáveis e em todos os ambientes. [...] Inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado de pessoas doentes, com deficiência e em processo de morte. Proteção, promoção de um ambiente seguro, investigação, participação na formulação de políticas de saúde e na gestão de doentes e de sistemas de saúde e educação são também papéis importantes da Enfermagem.*¹² Neste sentido, a pessoa é muito mais que uma fonte de sinais e sintomas, tem uma história e uma vivência prévias (cultura, religião, espiritualidade, relacionamentos, entre outros) que influenciam a forma de estar e de interagir com o outro (neste caso com o Enfermeiro). É nesta interação que o Enfermeiro reforça a existência e singularidade da pessoa em processo de doença.^{13,14}

O Cuidado Centrado na Pessoa/Cliente e a Individualização da Intervenção

O Modelo de Enfermagem Centrada na Pessoa reflete os ideais de cuidado humanístico, onde existe uma componente moral e a prática de Enfermagem tem na sua base uma intencionalidade terapêutica, que se traduz em relações construídas a partir de relações interpessoais eficazes.¹⁵ Segundo o modelo, a Enfermagem é uma abordagem à prática estabelecida através da formação e promoção de relações terapêuticas, tendo como base o respeito pela pessoa; o direito individual à autodeterminação; e o respeito e compreensão mútuos, através de culturas de empoderamento promotoras de desenvolvimento humanista.¹⁵ Segundo McCormack & McCance¹⁵ a Enfermagem Centrada na Pessoa é focada em 3 grandes aspetos:

- Competências do enfermeiro (competências profissionais, competências pessoais, compromisso com o trabalho e características pessoais);

¹ Para Hesbeen⁴³, *cuidar é uma arte, é uma arte terapêutica, (...) que lbe não permitir ajudar alguém, na sua situação singular* (p.37).

- Aspectos organizacionais (tempo, combinação de habilidades e o papel do enfermeiro);
- Atributos do cliente.

Além do foco na competência técnica é extremamente importante o desenvolvimento de práticas de cuidado humanísticas e holísticas para abraçar todas as formas de conhecer e agir para promover a escolha e parceria na tomada de decisão no cuidado.¹⁵

A teoria de médio-alcance de Enfermagem Centrada na Pessoa caracteriza-se por quatro aspectos fundamentais:^{15,16}

- Pré-Requisitos: focam-se nos atributos do enfermeiro e incluem ser profissionalmente competente, desenvolver habilidades interpessoais, autoconhecimento, estar comprometido com o trabalho, ser capaz de demonstrar clareza de crenças e valores e conhecer a si mesmo;
- Ambiente de Cuidado: concentra-se no contexto onde os cuidados são prestados e incluem uma combinação apropriada de habilidades; sistemas que facilitam a tomada de decisão partilhada; relações entre os elementos da equipa eficazes; partilha responsável do poder; ambiente físico; sistemas organizacionais de apoio; potencial para inovação e tomada de riscos.
- Processos Centrados na Pessoa: focam-se na prestação de cuidados por meio de atividades que operacionalizam centrada na pessoa Enfermagem e incluem trabalhar com as crenças e valores do cliente; partilha de decisões; envolvimento autêntico; presença empática; prestação de cuidados holísticos;
- Resultados Esperados: incluem uma experiência positiva com o cuidado prestado; envolvimento no cuidado/prestação de cuidados; sentimento de bem-estar; a existência de uma cultura saudável.

Os Cuidados Centrados na Pessoa desenvolvem-se a partir da comunicação entre a pessoa e o profissional. Assim, as intervenções do enfermeiro devem focar a escuta das narrativas das pessoas sobre a sua experiência de adoecer, o significado pessoal que atribui à doença e as restrições sociais causadas pelo sofrimento e dos sintomas. Através da compreensão destas experiências, o enfermeiro pode fortalecer o envolvimento da pessoa nas decisões de cuidados.¹⁷

Quando é estabelecida uma comunicação eficaz, demonstra-se interesse em escutar e o profissional disponibiliza-se para compreender a perspetiva da pessoa,

isso faz com que ganhe mais confiança na pessoa, é criado um ambiente de cuidados em que existe uma maior partilha sobre os seus sentimentos e há maior envolvimento no processo de tomada de decisão.¹⁷

O modelo centrado na pessoa realça a interação significativa entre o enfermeiro e a pessoa. Nesse aspeto, McCormack & McCance¹⁵ ao descrever os processos centrados na pessoa enuncia o *Envolvimento*² como espelho da qualidade da relação enfermeiro-pessoa. De acordo com a capacidade de resolução conjunta de problemas e/ou de trabalhar em conjunto, os autores descrevem três níveis: envolvimento total, não-envolvimento parcial e não-envolvimento total.

Na revisão de 2017, McCormack & McCance¹⁶ renomeiam o processo para *Envolvimento Autêntico*³. Na sua descrição, Envolvimento Autêntico é considerado como a conexão do Enfermeiro com o doente/pessoa e família (ou outras pessoas significativas), determinada pelo conhecimento da pessoa, clareza de crenças e valores, conhecimento de si mesmo e experiência profissional. Esta interação entre enfermeiro e pessoa é única, quer pelos indivíduos que a compõem, quer pelo momento em que é estabelecida. Apesar desta mudança, os autores mantêm os níveis de envolvimento descritos anteriormente.

Pela análise da prática de cuidados, denota-se nos registos de Enfermagem a presença do modelo biomédico. Apesar do modelo teórico de Enfermagem adaptado pela instituição ser o de Roper, Logan e Tierney sobre as Atividades de Vida Diária, os registos de Enfermagem elaborados na maioria das situações dão resposta/visibilidade às tarefas efetuadas, ao controlo sintomático, aos programas de melhoria contínua e/ou às necessidades ou obrigações da componente diretiva/gestão. A sua forma de organização e de estrutura, os registos têm como base a satisfação das necessidades/atividades de vida diária, porém denota-se o registo na funcionalidade.

Considera-se que os registos de Enfermagem documentam os cuidados prestados, dando visibilidade aos mesmos. Apesar da sua importância, são remetidos para segundo plano em situações mais complexas ou de sobrecarga de trabalho.^{18–20}

Com efeito, o descrito anteriormente vai de encontro ao descrito por Kärkkäinen et al.²¹. Os registos parecem refletir, com frequência, as tarefas desempenhadas pelos enfermeiros, em vez dos cuidados personalizados. Adicionalmente, fazem referência à forma de se fazer registos, que é preconizada pelas instituições o que pode ser impeditiva da realização de registos centrados nos cuidados individualizados. Assim, o conteúdo dos registos de

² Tradução livre do termo Engagement descrito por McCormack & McCance¹⁵.

³ Tradução livre do termo Engagement Authentically descrito por McCormack & McCance¹⁶.

Enfermagem não atende a critérios abrangentes e centrados na pessoa.

Adicionalmente, Kärkkäinen et al.²¹ consideram que a visibilidade do cuidado individualizado nos registos de Enfermagem deve ter em consideração a vivência, as necessidades e os desejos das pessoas cuidadas e que os planos de cuidados devem ser elaborados com a pessoa/doente e família. Ainda que deva existir esta cooperação entre enfermeiro/pessoa, a documentação dos cuidados não deve ser excluir o conhecimento técnico do profissional, a tecnologia, a prática do cuidar nem os princípios éticos.

A Enfermagem Avançada e a Prática Avançada de Enfermagem na realidade portuguesa

A Enfermagem em Portugal sofreu um grande desenvolvimento no último século. Esta explosão verificou-se não só na sua prática efetiva de cuidados, associada à evolução do conhecimento médico e à exigência das pessoas cuidadas face aos cuidados prestados, mas também na sua formação, através da integração da Enfermagem como curso superior (bacharelato e posteriormente licenciatura) e o desenvolvimento dos cursos de mestrado e de doutoramento em Ciências de Enfermagem.²²

Com a evolução na prática de cuidados, houve a necessidade de regular a profissão – desenvolveu-se o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e deu-se a criação da Ordem dos Enfermeiros. No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros²³, o enfermeiro desenvolve dois tipos de intervenções, por um lado, as autónomas, iniciadas pela prescrição do enfermeiro, por outro as interdependentes, iniciadas na prescrição de outro profissional de saúde.

Em alguns países, por dificuldades na assistência médica, desenvolveu-se as competências técnicas de alguns enfermeiros, ficando legalmente habilitados para o diagnóstico, prescrição terapêutica e prescrição de exames complementares de diagnóstico e sua interpretação. Este acréscimo de competências médicas no enfermeiro veio fomentar a criação do *Nurse Practitioner*⁴.^{22,24,25}

Na concepção do International Council of Nurses (ICN), os Nurse Practitioners “são enfermeiros generalistas que, após formação adicional (mestrado para o nível de entrada), são clínicos autónomos”.²⁶ Pode-se equiparar, na realidade nacional, este avanço na prática de Enfermagem, ao desenvolvimento de competências interdependentes do enfermeiro. Também Gardner et al.²⁷ e Silva²² equiparam na sua conceção o Nurse

Practitioner como um modelo híbrido entre médico e enfermeiro, assente no modelo biomédico.

Face a este avanço na prática de Enfermagem, tornou-se premente definir o caminho para onde se queria desenvolver o corpo, a prática e a ciência de Enfermagem. A Canadian Nurses Association definiu enfermeiros de Prática Avançada como:

Termo abrangente para Enfermeiros e Nurse Practitioners que integram a preparação educacional de enfermagem de pós-graduação com conhecimentos de enfermagem clínica especializados e aprofundados na tomada de decisões complexas para atender às necessidades de saúde de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações.²⁸

Estes enfermeiros de prática avançada têm competências: abrangentes/alargadas na prestação de cuidados diretos; para a otimização dos sistemas de saúde; educacionais/formativas; de investigação; liderança; e de consulta e colaboração.²⁸

Mais recentemente, o ICN definiu a Enfermagem de Prática Avançada como:

Cuidados de saúde aprimorados e ampliados e intervenções desenvolvidas por enfermeiros que, numa capacidade avançada, influenciam os resultados em saúde e fornecem serviços de saúde diretos a indivíduos, famílias e comunidades.²⁶

No mesmo documento, o ICN compreende o *Clinical Nurse Specialist*⁵ como um profissional com conhecimentos avançados em Enfermagem, além dos desenvolvidos na formação generalista ou de especialidade, para a tomada de decisões complexas num determinado contexto específico, promovendo a qualidade e impactando positivamente os serviços de saúde.²⁶ Esta designação profissional, surge em resposta ao desenvolvimento do contexto da prática de cuidados especializados, exigindo formação acrescida além da Especialidade em Enfermagem. Comparando com a realidade portuguesa, a aquisição da Especialidade em Enfermagem pelo grau académico de mestrado – nível de referência para a atribuição do título de *Clinical Nurse Specialist*²⁶ – pode ser considerado um caminho para o desenvolvimento, ou melhor, para o avanço da prática da Enfermagem portuguesa.

Nesta linha de pensamento e na realidade nacional, Silva²² delineou a Enfermagem Avançada como um desenvolvimento das competências na área do cuidar e de tomada de decisão. Deste modo, o desenvolvimento dos cursos de mestrado e de doutoramento em Enfermagem vêm aprofundar o conhecimento das respostas humanas

⁴ Optou-se por manter a designação original/internacional, por não haver correspondência na prática portuguesa.

⁵ Optou-se por manter a designação original/internacional, por não haver correspondência na prática portuguesa.

aos cuidados prestados, mas também desenvolver as competências dos enfermeiros para a prestação efetiva de cuidados.²⁹ No contexto do enfermeiro especialista, a Ordem dos Enfermeiros definiu quatro domínios das competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.³⁰

No sentido do desenvolvimento das competências em Enfermagem, Benner³¹ conceptualizou-o em cinco níveis ou fases, podendo as fases de Proficiente e de Perito ser enquadradas com as competências do enfermeiro especialista. No seu descritivo, o enfermeiro proficiente apreende e compreende as situações de cuidados como parte de um processo de vida, tomando decisões baseadas no modelo holístico e aprendendo e modelando a prática/tomada de decisão com a experiência. Relativamente ao enfermeiro perito, este suporta a sua ação a partir da intuição, sendo o seu desempenho elevado.³¹

Comparando com o Strong Model of Advanced Practice^{27,32}, pode-se afirmar que as competências comuns do enfermeiro especialista vão ao encontro das cinco áreas de prática avançada, sendo a prestação dos cuidados de especialidade⁶ correspondentes aos Cuidados diretos integrais⁷, e aos processos subjacentes da prática avançada.

Conclusão

Na Lei de Bases de Saúde³³ está subjacente os princípios da qualidade e da segurança em saúde. A Enfermagem, como ciência da saúde, procura dar resposta a Qualidade e Segurança em saúde.²⁵

A OMS entende Qualidade em saúde como um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos, resultados de saúde positivos para os utentes e com eficiência na utilização dos recursos disponíveis³⁴. Adicionalmente, considera-se a qualidade em saúde como uma relação entre os profissionais e os utentes/populações que visa os melhores resultados em saúde desejáveis, de acordo com o conhecimento atual.³⁵

Por outro lado, Segurança em saúde é mais do que “a prevenção de danos aos pacientes”.³⁵ Para Mitchell³⁶, *patient safety* significa a ausência de danos evitáveis e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, tendo como base o conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto onde o cuidado foi prestado, em comparação com o risco

de não tratamento ou de outro tratamento. Desta forma, qualidade e segurança em saúde surgem interligadas.

No sentido de excelência profissional e no desenvolvimento do seu corpo de conhecimento como ciência, torna-se fundamental para a Enfermagem⁸ focar-se no incremento de competências para o desempenho centrado na pessoa – alvo primordial dos cuidados de Enfermagem.²² Olhando para a evolução histórica da Enfermagem e para o paradigma vigente, faz sentido compreender a teoria de médio alcance dos Cuidados Centrados na Pessoa. No contexto específico da Reabilitação, a abordagem centrada na pessoa torna-se uma prática de excelência: abordar a pessoa de forma holística, para resolver as suas dificuldades do dia-a-dia, considerando-a como um especialista na sua vivência/experiência vivencial; e colocar ênfase na participação e capacitação, respeitando a pessoa além da deficiência ou doença.³⁷

Na realidade de cuidados, as principais barreiras aos cuidados centrados na pessoa vão ao encontro das descritas por Moore et al.³⁸, nomeadamente práticas e estruturas tradicionais, a restrição de tempo e a documentação e organização da instituição. Adicionalmente, a falta de documentação de suporte aos cuidados centrados na pessoa e a pouca visibilidade dos reais dos cuidados prestados nos registos, acentuam as dificuldades na implementação desta tipologia de cuidados.

A intervenção multidisciplinar em saúde, não só de diversas especialidades médicas, mas também de diversos profissionais de saúde, torna os cuidados em saúde um mar de intervenções, no qual a pessoa se poderá naufragar. Portanto, apreendendo o paradigma holístico para a sua prática, a Enfermagem poderá ser considerada uma base segura, ou melhor um porto de abrigo, a partir da qual, em conjunto com a pessoa, se desenvolvem estratégias, processos, entre outros, de melhoria da sua saúde e de redução do impacto da sua situação de doença no seu percurso vivencial.³⁹

Apesar das necessidades sentidas noutros países para a inclusão de competências do foro médico no enfermeiro⁴⁰, em Portugal a média de enfermeiros encontra-se abaixo da média da OCDE.⁴¹ Neste sentido, pode-se afirmar que, havendo dificuldade na prestação de cuidados de Enfermagem à população, não fará sentido a aquisição de competências extraprofissionais. Contudo, na bibliografia salienta-se que os enfermeiros com competências acrescidas – Nurse Practitioners – acrescentam valor na visão e na prestação de cuidados de Enfermagem à população.^{24,27}

⁶ De acordo com os diversos Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.

⁷ Tradução livre de *Direct comprehensive care* utilizado no modelo de Mick & Ackerman³².

⁸ Enfermagem, entenda-se por enfermeiros na prestação de cuidados, docentes das Escolas Superiores de Enfermagem e investigadores em Enfermagem.

Em suma, analisando a perspectiva histórica da Enfermagem ao longo dos séculos, desde o seu período abnegado, passando pela época romântica⁹ pela medicina e pela fase tecnicista, compreende-se algumas práticas atuais e dúvidas na perspectiva de futuro.⁹ Assim, o desenvolvimento do conhecimento e da prática em Enfermagem deverá passar pelo reconhecimento e avanço das competências centrais da disciplina.²² É fundamental para o desenvolvimento da Enfermagem uma aproximação entre a produção científica – de domínio escolar – e a prática de cuidados – de domínio comunitário e hospitalar. Facilitador deste processo é o desenvolvimento da especialidade em Enfermagem como curso de mestrado, promovendo não só práticas diferenciadas, mas também um olhar e pensamento críticos dos profissionais.²⁹ Neste processo, não se deverá remeter para segundo plano a existência de outras ciências – da saúde, sociais e humanas, entre outras – que fomentarão o desenvolvimento do corpo da Enfermagem, mas também, torna-se fundamental a divulgação da produção científica em Enfermagem, de forma a dar visibilidade à ciência e à prática da disciplina.^{22,40,42}

Contribuições autorais

JS: Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

O autor declara que não há conflito de interesses.

Referências


- Collière MF. Cuidar... A primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003.
- Carvalho ACC. O infirmarius, precursor medieval do enfermeiro. *Pensar Enferm*. 2016;20(1):63–78.
- Donoso MTV. O gênero e suas possíveis repercussões na gerência de enfermagem. *REME Rev Min Enferm*. 2000;67–9.
- Delany J. Corporal and spiritual works of mercy [Internet]. *Catholic Encyclopedia*. 1911 [cited 2021 Mar 29]. Available from: <https://www.newadvent.org/cathen/10198d.htm>
- Santos LFCL. Uma história de enfermagem em Portugal (1143-1973): a constância do essencial num mundo em evolução permanente. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2013.
- Machado MRS. A divulgação do conhecimento em periódicos de enfermagem e a evolução da profissão, em Portugal, no século XX e início do século XXI. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2014.
- Hill AJ. Nightingale sainte ou diablesse? *L'infirmière canadienne*. 1980 Nov; 22(10):34-36
- Segre M, Carvalho Ferraz F. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1997 Out.; 31(5): 538-42.
- Pearson A, Vaughan B. Modelos para o exercício de enfermagem. In: Modelos para o exercício de enfermagem [Internet]. Lisboa: ACEPS; 1992 [cited 2021 Mar 30]. p. 16–27. Available from: https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-61877-dt-content-rid-276003_1/courses/202021-S1-6734-0-6734003-1/Pearson_%26_Vaughan_-_Modelo_biomédico_teorias_2cop..pdf
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F. *La pensée infirmière*. 4ª ed. Quebec: Beauchemin Publisher; 2017.
- McEvoy L, Duffy A. Holistic practice: a concept analysis. *Nurse Educ Pract*. 2008 Nov; 8(6):412-9.
- International Council of Nurses. Nursing definitions [Internet]. 2002 [cited 2021 Mar 30]. Available from: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- American Nurses Association. *Nursing: scope and standards of practice*. Silver Spring, 2nd ed. Silver Spring, MD: Nursesbooks; 2010;163.
- Crema R, Brandão DHS. O novo paradigma holístico: ciência, filosofia, arte e mística. 2ª ed. São Paulo: Summus Editorial; 1991
- McCormack B, McCance T. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*. 2006;56(5):472–9.
- McCormack B, McCance T. *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice*. 2ª ed. Nova Jersey: Wiley-Blackwell; 2017.
- Brink E, Skott C. Caring about symptoms in person-centred care. *Open J Nurs*. 2013;03(08):563–7.
- De Marinis MG, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglini D, et al. “If it is not recorded, it has not been done!”? Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *J Clin Nurs*. 2010;19(11–12):1544–52.
- Silva AAP. *Sistemas de informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2001.
- Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualised nursing care: A literature review. *Int. J. Nurs. Stud*. 2009 Dec; 46(12):1637–49.
- Kärkkäinen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care: A qualitative metasynthesis. *Nurs Ethics*. 2005;12(2):123–32.

⁹ Termo utilizado por Pearson & Vaughan⁹


22. Silva AP. Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2007;55(1-2):11-20.
23. Decreto-Lei n.º 161/1996. Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. *Diário da República, I Série-A*. 1996 Abr 21;1739-57.
24. Gray A. Advanced or advancing nursing practice: What is the future direction for nursing? *Br J Nurs*. 2016;25(1):8-13.
25. Olímpio JA, Araújo JNM, Pitombeira DO, Enders BC, Sonenberg A, Vitor AF. Prática avançada de enfermagem: uma análise conceitual. *Acta Paul. de Enferm*. 2018;31(6):674-80.
26. Schober M. Guidelines on advanced practice nursing 2020. Switzerland: International Council of Nurses; 2020.
27. Gardner G, Chang AM, Duffield C, Doubrovsky A. Delineating the practice profile of advanced practice nursing: A cross-sectional survey using the modified strong model of advanced practice. *J Adv Nurs*. 2013;69(9):1931-42.
28. Canadian Nurses Association. Advanced practice nursing: A pan-canadian framework. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2019.
29. Decreto-Lei n.º 74/2006. Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República, I Série*. 2006 Mar 24;2242-57.
30. Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, II Série*. 2019 Fev. 6;4744-50.
31. Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs*. 1982;82(3):402-7.
32. Mick DJ, Ackerman MH. Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: Application of the strong model of advanced practice. *Heart Lung: J. Acute Crit. Care*. 2000;29(3):210-21.
33. Lei n.º 95/2019. Lei de bases da saúde. *Diário da República, I Série*. 2019 Set. 4;55-66.
34. World Health Organization. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde Geneve: WHO; 2020.
35. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000.
36. Mitchell PH. Patient safety and quality: patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
37. Leplege A, Gzil F, Cammelli M, Lefevre C, Pachoud B, Ville I. Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disabil Rehabil*. 2007;29(20-21):1555-65.
38. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(4):662-73.
39. McCormack B. My vision for nursing. *Projetar Enfermagem*. 2019; 2:6-12.
40. Rolfe G. Understanding advanced nursing practice. *Nurs Times*. 2014;110(27):20-3.
41. Miller FH. Health care resources. In: Miller FH. *Rights and resources*. London: Routledge; 2018. p. 317-594.
42. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs*. 2004 Jul;47(1):81-90.
43. Hesbeen W. *Cuidar no hospital: enquadrar cuidados os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência; 2000.

A Internet como fonte de informação e literacia em saúde na gravidez: uma revisão *scoping*

Irina Neves Dutra¹

 orcid.org/0000-0001-6922-2769

Maria Helena Bértolo Ferreira²

 orcid.org/0000-0002-6612-2700

¹ Licenciatura. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, Portugal (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

² Mestrado. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, Lisboa (CIDNUR); Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Departamento de Enfermagem de Saúde Materna, Lisboa, Portugal.

Introdução

As reconfigurações sociais das últimas décadas têm alterado o papel da mulher na sociedade, afastando-a da família alargada e diminuindo o seu tempo para construir relações de suporte, fatores essenciais de apoio informal durante a transição para a parentalidade. Esta nova realidade conduziu ao surgimento de fontes de apoio informais alternativas, nomeadamente a internet, constituindo-se atualmente como uma das principais fontes de informação em saúde da mulher grávida. No entanto, não basta ter acesso à informação online para saber aplicá-la na tomada de decisões de saúde, é necessário também avaliá-la, compreendê-la e interpretá-la, ou seja, é necessário ter literacia em saúde.

Objetivo

Mapear a literatura existente sobre a relação entre a internet como fonte de informação e o nível de literacia em saúde das mulheres grávidas.

Métodos

População em estudo: mulheres grávidas; conceito: literacia em saúde; contexto: internet. Foram consideradas fontes primárias e secundárias de pesquisas qualitativas e quantitativas, bem como literatura não publicada, nomeadamente dissertações de mestrado.

Pesquisa em três etapas de acordo com a metodologia da JBI, utilizando as bases de dados Medline, CINHALL, Web of Science, Google Scholar e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Considerados artigos publicados desde 2015, em português, inglês, espanhol e francês. Extração e análise de dados feita em tabela elaborada de acordo com a metodologia da JBI, 2020.

Resultados

Incluídos 13 artigos. Mulheres grávidas com maior nível de literacia em saúde realizam mais pesquisas online sobre saúde, recorrendo mais a fontes formais e discutindo a informação acedida com profissionais de saúde. Mulheres grávidas com menor nível de literacia em saúde têm mais dificuldade na compreensão, avaliação e aplicação da informação acedida online, recorrendo mais a fontes como blogues e redes sociais.

Conclusão

O nível de literacia em saúde das mulheres grávidas influencia de forma determinante a utilização da internet como fonte de informação em saúde, estando positivamente relacionado com maior frequência de utilização, recorrência a fontes formais e discussão da informação acedida com profissionais de saúde. Em oposição, um menor nível de literacia em saúde está associado a maior dificuldade na avaliação e compreensão da informação acedida, necessitando de apoio de profissionais de saúde. O nível de literacia em saúde das mulheres grávidas deverá ser considerado para a recomendação personalizada de informação online válida e fidedigna.

Palavras-chave

Grávida; Internet; Literacia em Saúde.

Autor de correspondência

Irina Neves Dutra

E-mail: neves.irina@campus.esel.pt

Recebido: 30.01.2023

Aceite: 06.06.2023

Como citar este artigo: Dutra IN, Ferreira MHB. A Internet como fonte de informação e literacia em saúde na gravidez: uma revisão *scoping*. Pensar Enf [Internet]. 2023 Ago; 27(1):95-103. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.257>.



Introdução

A transição para a parentalidade é uma transição de desenvolvimento provocada por um evento de vida major¹ que começa antes ou durante a gravidez, conduzindo a que a mulher comece a preparar-se essencialmente através da procura de informação e do autocuidado.² Existem vários fatores que contribuem e influenciam o desenvolvimento de competências para o papel de mãe, nomeadamente o apoio social, que é uma fonte essencial de informação, compreensão e apoio emocional.³ No entanto, a sociedade tem sofrido reconfigurações ao longo das últimas décadas, com afastamento das redes familiares, com mulheres a desempenharem papéis cada vez mais significativos no mercado de trabalho, limitando o tempo disponível para o desenvolvimento de relações significativas.³ Esta realidade tem conduzido a que cerca de 3/4 das mulheres grávidas a nível global recorram a fontes de informação e de suporte alternativas, nomeadamente a internet.⁴

A internet, definida pelo *The Oxford English Dictionary*⁵ como uma rede global e interconectada de computadores que providencia uma variedade de informação e meios de comunicação, constitui-se como um meio para obtenção de informações de saúde privilegiado, principalmente por pessoas em idade reprodutiva,⁶ chegando a ser preferido em relação às fontes de informação baseadas em relações interpessoais,⁷ como por exemplo a relação entre o profissional de saúde e utente.

Durante a transição para a parentalidade, os principais recursos das mulheres grávidas são os profissionais de saúde, familiares, amigos e cada vez mais, a internet,⁸ um recurso de informação em crescimento exponencial, que oferece informação de forma rápida, acessível, personalizada e anónima.³ No entanto, a acessibilidade e disponibilidade de informação *online* levanta questões relacionadas com a sua fidedignidade e credibilidade, e ainda com a adequabilidade da informação face à pessoa que a pesquisa.⁷ Apesar da abundância de informação de saúde existente *online*, a que é baseada em evidência científica, não se encontra facilmente acessível ao público em geral.⁹

Não obstante, para tomar decisões de saúde fundamentadas no dia-a-dia não basta ter capacidade de acesso à informação, é necessário ter Literacia em Saúde, ou seja, o conhecimento, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde em situações diversas do quotidiano.¹⁰ A literacia em saúde é uma ferramenta para empoderar as pessoas, que deve ser construída e melhorada ao longo do ciclo de vida¹¹, ajudando-as a gerir a sua saúde, capacitando-as para utilizarem informação de forma correta e assim obterem ganhos quer a nível pessoal quer a nível social, sendo um meio para o desenvolvimento social e humano.⁹ Envolve fatores psicológicos, como a motivação pessoal e a perceção de autoeficácia, fatores sociais e ambientais, que influenciam a tomada de decisão e os comportamentos de saúde, promovendo uma maior capacidade para lidar com situações de doença, uma utilização mais eficaz dos serviços

de saúde e melhor compreensão e controlo das situações da vida.¹²

Quanto maior o nível de literacia em saúde, maior a prevalência de comportamentos de procura de informação em todos os meios disponíveis, nomeadamente a internet.⁶ Por outro lado, um baixo nível de literacia em saúde está associado a menor competência de avaliação da qualidade da informação que é acedida, sendo que é nas pessoas com menor nível de literacia em saúde que se regista menor incidência de comportamentos preventivos e uma elevada taxa de utilização dos serviços de saúde.⁹ Referente à pesquisa de informação *online*, as pessoas com menor nível de literacia em saúde tendem a distrair-se com elementos extra de um *site* (como *links*), a escolher a primeira resposta que encontram à sua questão, não confirmando a sua veracidade, têm ainda dificuldade em saber identificar as diferenças entre a informação de alta e baixa qualidade, tendem a desistir da pesquisa se não encontrarem de forma rápida a resposta ao que procuram, desconsiderando ainda informação com palavras complexas e técnicas ou que não façam parte do seu léxico.¹³

É, portanto, fulcral o papel desempenhado pelos profissionais de saúde, que vendo a sua tradicional relação a ser remodelada pelas novas tecnologias¹⁴, deverão promover a literacia em saúde de quem cuidam, compreendendo quais as novas fontes de informação em saúde utilizadas, mediando a sua utilização e aproveitando a potencialidade das novas tecnologias de comunicação e informação, como a internet, para expandir o acesso das pessoas a informação de saúde fidedigna.¹⁰

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) tem como uma das suas competências específicas o cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal¹⁵, promovendo a sua saúde e bem-estar e individualizando os cuidados de acordo com as especificidades de quem cuida, nomeadamente o nível de literacia em saúde.¹⁶ Considerando a internet como uma fonte de informação privilegiada pelas mulheres grávidas, os enfermeiros especialistas deverão estar familiarizados com os recursos *online* relacionados com a gravidez mais utilizados, bem como direcionar a mulher para sites fidedignos¹⁶, capacitando-a para tomada de decisões conscientes e informadas ao longo da gravidez.

Considerando a utilização crescente da internet como fonte de informação em saúde pelas mulheres grávidas, bem como as assimetrias existentes na pesquisa de informação *online* entre pessoas com maior e menor nível de literacia em saúde, o objetivo desta revisão *Scoping* é identificar na literatura existente qual a relação entre o nível de literacia em saúde da mulher grávida e a utilização da internet como fonte de informação em saúde. Para tal, foi definida a seguinte questão inicial: Qual a relação entre o nível de literacia em saúde da mulher grávida e a utilização da internet como fonte de informação em saúde?

Métodos

Foi criado um protocolo de revisão, registado na plataforma OSF Registries (<https://osf.io/k8hea>)

Foram definidas as seguintes palavras-chave: *pregnant women; internet; health literacy*.

Foi realizada a 9 de maio de 2022 uma pesquisa preliminar nas bases de dados de revisões sistemáticas do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e da *Cochrane Database of Systematic Reviews*, não tendo sido encontradas, até à data, revisões *scoping* sobre este tema.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram definidos com base na mnemónica PCC, P de população, C de conceito e C de contexto, segundo a metodologia definida pelo JBI¹⁷, tendo sido definida como população em estudo mulheres grávidas, o conceito de interesse, a literacia em saúde e o contexto, a internet como fonte de informação.

Como fontes de informação, foram utilizados estudos de investigação de fontes primárias e secundárias de pesquisas qualitativas e quantitativas, bem como literatura não publicada, nomeadamente dissertações de mestrado. Os critérios de inclusão e exclusão encontram-se sistematizados no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Desenho do estudo	Artigos publicados de fontes primárias e secundárias, de estudos qualitativos, quantitativos ou método misto; Literatura não publicada como dissertações de mestrado Artigos em inglês, francês, português e espanhol Artigos publicados desde 2015	Artigos publicados noutros idiomas Artigos publicados antes de 2015
População	Artigos com população em estudo mulheres grávidas	Artigos com população em estudo puérperas ou mães de crianças pequenas Artigos com população profissionais de saúde que prestam cuidados a mulheres grávidas que utilizam a internet como fonte de informação
Conceito	Artigos que apresentem o conceito de literacia em saúde	Artigos que apresentem apenas um conceito em estudo
Contexto	Artigos sobre a pesquisa de informação na internet	

Estratégia de pesquisa

O processo de pesquisa teve o objetivo de identificar a investigação primária e secundária publicada e não publicada, tendo decorrido entre 9 e 14 de junho de 2022. Para a pesquisa de investigação não publicada, recorreu-se ao *Google Scholar* e ao Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, onde foram utilizados os termos *pregnancy*, *internet* e *health literacy*, agregados com o operador booleano *AND*.

A estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas, como é preconizado na metodologia do JBI.¹⁷

Na primeira etapa foi realizada uma pesquisa inicial, nas duas bases de dados mais relevantes para o tema em estudo, a *MEDLINE* e a *CINAHL*, através da plataforma *EBSCOhost*.

Nesta pesquisa foram utilizados os termos *pregnancy*, *internet* e *health literacy*, tendo sido identificados alguns

artigos e posteriormente analisadas as palavras incluídas nos títulos e resumos, bem como os termos de indexação.

Na segunda etapa foi concretizada uma pesquisa organizada em três bases de dados separadamente, *MEDLINE*, *CINHAL* e *Web of Science*, utilizando o conjunto de palavras-chave em linguagem natural e termos indexados identificados. Cada conceito foi pesquisado como principal, pois era pretendido apenas identificar artigos em que estes surgissem como conceito principal em estudo.

Para cada base de dados, foram identificados os termos indexados para as palavras-chave selecionadas sendo que, quando verificada a existência de termos com truncatura, foi feita a sua agregação de acordo com a sua relevância. Os termos naturais e indexados identificados encontram-se no quadro 2.

Quadro 2 – Sistematização de palavras-chave nas bases de dados Medline e CINHAL

	Termo natural	Termo indexado <i>Medline</i>	Termo com truncatura	Termo indexado <i>CINHAL</i>	Termo com truncatura
População	<i>Pregnant</i>	<i>Pregnant women</i>		<i>Expectant mother</i>	
Conceito	<i>Health Literacy</i>	<i>Health Literacy</i>		<i>Health Literacy</i>	
Contexto	<i>Internet</i>	<i>Internet</i>	<i>Web archives as topic</i> <i>Internet based intervention</i> <i>Internet of things</i> <i>Internet access</i> <i>Social media</i>	<i>Internet</i>	<i>Social media</i> <i>World Wide Web</i> <i>Email</i> <i>Gopher</i> <i>Internet access</i> <i>Internet connections</i> <i>Internet protocols</i> <i>Internet based intervention</i>

Após a identificação para cada palavra-chave de todos os termos naturais, indexados e de truncatura relevantes, foi feita a sua agregação com o operador booleano **OR**. No final, entre todas as palavras-chave já agregadas, foi realizada a sua associação com o operador booleano **AND**. Os processos de pesquisa das bases de dados encontram-se em Apêndice I (*MEDLINE*), Apêndice II (*CINHAL*) e Apêndice III (*Web of Science*).

Foram considerados artigos publicados em inglês, português, francês e espanhol. Como limites temporais, foi considerada a evidência publicada desde 2015, dada a temática da utilização das novas tecnologias de informação como fonte de informação em saúde ser relativamente recente.

Na terceira etapa, foi analisada a lista de referências dos artigos selecionados, de forma a identificar eventuais artigos interessantes para a temática em estudo.

Seleção de fontes de evidência

O processo de seleção de fontes de evidência encontra-se esquematizado no seguinte fluxograma:

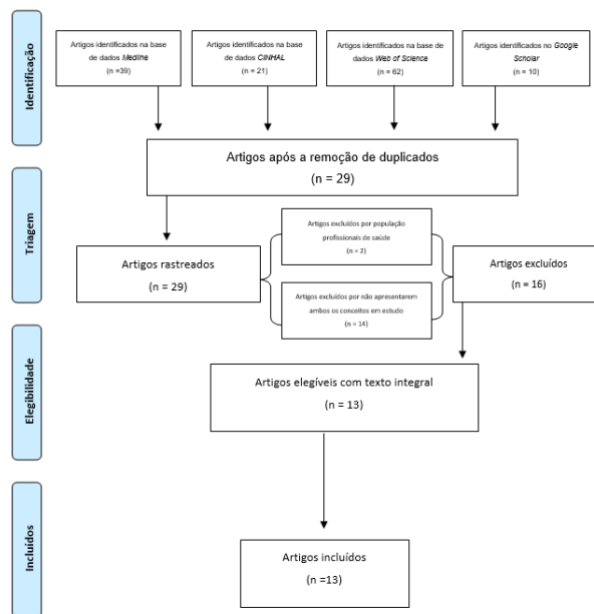


Figura 1 - Fluxograma do processo de revisão *scoping*. Adaptado de: Moher, D; Liberati, A; Tetzlaff, J & Altman, D. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*. [Internet]. 2009,151 (4), 264-269. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

A pesquisa feita para identificar literatura cinzenta feita na base de dados do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal não identificou resultados. Nas bases de dados utilizadas após a identificação inicial de artigos através da pesquisa pelas palavras-chave definidas, foi realizada leitura e análise do título, resumo e palavras-chave. Foi feita então a triagem de artigos duplicados, tendo resultado num total de 29 artigos. Posteriormente foi analisada a lista de referências dos artigos identificados, não tendo sido identificado nenhum artigo que correspondesse a todos os critérios de seleção. Foram então selecionados os artigos a incluir na revisão *scoping* de acordo com a sua relevância para a temática em estudo, através da análise do título e resumo. Nos artigos cuja relevância não era clara através da leitura do resumo, foi feita uma análise do texto integral independente,

Durante a etapa de seleção de fontes de evidência, foram excluídos 16 artigos por não corresponderem aos critérios de seleção definidos; dois artigos foram excluídos por a sua população serem os profissionais de saúde que cuidam de mulheres grávidas que recorrem à internet, sendo que os restantes foram excluídos por apenas apresentarem um conceito e não os dois simultaneamente.

Foram então selecionados, por ambas as autoras, de forma independente, 13 artigos a incluir na presente revisão *scoping*.

Extração e Análise de dados

A extração dos dados dos artigos selecionados foi feita através de uma tabela, elaborada de acordo com a metodologia do JBI¹⁷, tendo como objetivo extrair os dados relevantes dos artigos identificados, mapeando a evidência existente sobre a relação entre a utilização da internet como fonte de informação em saúde e o nível de literacia em saúde da mulher grávida. Os aspetos éticos foram preservados ao longo de todo o processo de extração de dados, sendo todos os autores devidamente referenciados e o conteúdo dos artigos incluídos apresentado de forma fidedigna.

Resultados

De forma a apresentar a síntese das principais características dos estudos incluídos, foi elaborada uma tabela, apresentada em apêndice IV. Considerando as assimetrias existentes entre diferentes níveis de LS e a utilização da internet como fonte de informação,^{6,9,13} os resultados-chave da presente revisão *scoping*, foram codificados em maior e menor nível de literacia em saúde, sendo apresentados no quadro 3:

Quadro 3 – Codificação dos resultados-chave da revisão *scoping*

Autor	Objetivo	Resultados		
		Relação entre nível de Literacia em saúde (LS) e utilização da internet como fonte de informação		
		Menor nível de LS	Maior nível de LS	Implicações para a prática/ para profissionais de saúde
Hussey, L.; Frazer, C. & Kopulos, M. (2016)	Analisar o impacto do nível de LS das mulheres grávidas <i>millennials</i> na tomada de decisões de saúde durante a gravidez.	Menor capacidade de compreensão e aplicação da informação acedida <i>online</i> ; Mulheres grávidas com menor LS requerem apoio dos profissionais de saúde para compreender e aplicar a informação de saúde que acedem <i>online</i> .	-	Devem avaliar o nível de LS com instrumentos validados para personalizar a informação.
Fredriksen, E.; Harris, J. & Moland, K. (2016)	Compreender como os fóruns de discussão <i>online</i> influenciam a LS materna.	As interações entre mulheres grávidas em fóruns <i>online</i> influenciam o seu nível de LS, aumentando os seus conhecimentos e competências de saúde e dando orientação na utilização do sistema de saúde.	-	-
Sayakhot, P. & Carolan-Olah, M. (2016)	Investigar de que forma as mulheres grávidas utilizam a internet para obter informação relacionada com a gravidez.	É necessário empoderamento através da promoção de competências de pesquisa de informação.	Maior propensão para realizar pesquisas <i>online</i> .	Deverão alertar que a informação disponível <i>online</i> não substitui o contacto com o profissional de saúde.
Guendelman, S.; Broderick, A.; Mlo, M.; Gemmill, A. & Lindeman, D. (2017)	Compreender a extensão da adoção e uso das ferramentas digitais; identificar os principais fatores psicológicos que motivam a utilização da tecnologia entre grávidas primíparas desfavorecidas.	Menor a utilização das ferramentas digitais.	Maior o número de pesquisas <i>online</i> sobre informação de saúde; Maior a utilização de ferramentas digitais para a gestão de questões de saúde.	Deverão questionar sobre os comportamentos de pesquisa de informação de saúde <i>online</i> e avaliar a destreza na utilização de ferramentas <i>online</i> que requerem LS; Deverão definir estratégias para eliminar as desigualdades

				entre as mulheres com diferentes níveis de LS digital.
Vamos, C.; Merrel, L.; Detman, L.; Louis, J. & Daley, E. (2019)	Explorar as experiências das mulheres grávidas no acesso, compreensão, avaliação, comunicação e utilização de informação de saúde durante a gravidez.	Avaliaram 3 componentes da LS: Compreensão: informação em linguagem corrente; elementos audiovisuais e informação personalizada; Avaliação: múltiplas referências; credibilidade da fonte e presença de patrocínios; Aplicação: a pesquisa <i>online</i> permite a formulação de questões prévias ao contacto com os profissionais de saúde e tomar decisões de saúde sobre temas como alimentação e exercício físico na gravidez.		A gravidez é um período privilegiado para a promoção da LS; As intervenções de educação para a saúde pré-natal devem ser desenvolvidas de acordo com o nível de literacia em saúde, assegurando a sua acessibilidade, compreensão e aplicabilidade.
Arcia, A.; Stonbraker, S. & Warner, E. (2019)	Compreender como mulheres grávidas desfavorecidas caracterizam as suas necessidades de informação digital e processos de busca; Identificar os fatores inibidores e facilitadores neste processo.	É uma barreira para a correta interpretação da informação de saúde que é acedida <i>online</i> ; Está associado a menor propensão para pesquisa de informação <i>online</i> ; Está associado à necessidade de apoio para acesso a informação <i>online</i> fidedigna.	-	Deverão saber referenciar fontes <i>online</i> de referência, especialmente a mulheres com menor nível de LS.
Chung, K.; Cho, H.; Kim, Y.; Jhung, K.; Koo, H. & Park, J. (2020)	Determinar associações entre estratégias de busca de ajuda médica de mulheres grávidas, mudanças na tomada de decisões médicas e utilização de informações de saúde <i>online</i> com foco no efeito mediador da autoeficácia na alfabetização.	-	Pesquisa <i>online</i> de informação em fontes formais; Maior intenção de discussão com profissionais de saúde sobre a informação acedida <i>online</i> .	-
Šoštarić, M. & Jokić-Begić, N. (2020)	Compreender o fenómeno de pesquisa de informação de saúde na internet pelas mulheres grávidas.	Está associado a maior dificuldade em obtenção de informação <i>online</i> .	Está associado a maior realização de pesquisas <i>online</i> ; Maior competência de avaliação da precisão da informação <i>online</i> .	-
Bäckström, C.; Chamoun, S.; Tejani, S. & Larsson, V. (2021)	Explorar as perceções dos pais sobre o apoio parental digital durante a gravidez e primeiros 18 meses de parentalidade.	As ferramentas de apoio <i>online</i> deverão poder ser individualizadas a diferentes níveis de LS;		Devem estar ativamente presentes nas ferramentas de apoio <i>online</i> , dando apoio a pessoas com níveis críticos de LS; Deverão potenciar as competências críticas e analíticas, promovendo a LS.
Donelle, L.; Hall, J.; Hiebert, B.; Jackson, K.; Stoyanovich, E.; LaChance, J. & Facca, D. (2021)	Aumentar a compreensão sobre a forma como as tecnologias digitais contribuem para a experiência da transição para a parentalidade.	A quantidade avassaladora de informação disponível <i>online</i> dificulta a sua compreensão; É necessário que as mulheres grávidas aumentem o seu nível de LS para saberem identificar fontes <i>online</i> fidedignas.		Devem promover competências de LS digital; Devem saber referenciar fontes <i>online</i> fidedignas.
Álvarez-Pérez, Y.; Perestelo-Pérez, L.; Rivero-Santana, A.; Torres-Castanõ, A.; Toledo-Chávarri, A.; Duarte-Díaz, A.; Mahtani-Chugani, V.; Marrero-Díaz, M.; Montanari, A.; Tangerini, S.; González, C.; Perello, M.; Serrano-Aguilar, P. (2022)	Determinar a influência da criação de cursos <i>online</i> na melhoria da literacia em saúde digital de mulheres grávidas e lactantes.	Menor recurso a fontes de informação <i>online</i> de referência e maior o recurso a fontes como blogs e redes sociais.	É potenciado pela realização de cursos <i>online</i> .	Deverão promover competências de avaliação da qualidade e precisão da informação disponível <i>online</i> ; Os cursos <i>online</i> poderão ser uma ferramenta para empoderarem as mulheres grávidas, permitindo o acesso a informação válida e fidedigna.
Bäckström, C.; Carlén, K.; Larsson, V.; Mårtensson, L.; Thorstenson, S.; Berglund, M.; Larsson, T.; Bouwmeester, B.; Wilhsson, M. & Larsson, M. (2022)	Explorar a utilização das fontes digitais pelos pais expectantes e como a sua saúde durante a gravidez é influenciada.	Menor LS está relacionada com dificuldades individuais na pesquisa de informação <i>online</i> .	-	Deverão considerar o nível de LS para prestação de apoio personalizado; Deverão desenvolver informação <i>online</i> adaptados a diferentes níveis de LS.
Lu, Y.; Barret, L.; Lin, R.; Amith, M.; Tao, C. & He, Z. (2022)	Identificar lacunas de pesquisa nas necessidades de informação relacionada com a gravidez e a informação disponível em diferentes fontes.	Está associado a menor pesquisa <i>online</i> ; Associado a maiores dificuldades no acesso a informação de saúde disponível <i>online</i> .	-	A informação de saúde disponível <i>online</i> deverá ser formulada para um nível de compreensão básico, de forma a ser compreensível a todos os níveis de LS.

Discussão

A presente revisão *scoping* permitiu mapear a evidência científica existente sobre a relação entre os dois conceitos em estudo: internet e literacia em saúde na população definida, mulheres grávidas, concluindo-se que o nível de literacia em saúde das mulheres grávidas influencia de forma determinante a utilização da internet como fonte de informação. Os autores referem que é nas mulheres grávidas com menor nível de LS que se verifica menor utilização das ferramentas digitais para procura de informação de saúde,^{18, 19, 20} apresentando menor capacidade de compreensão e aplicação da informação acedida *online*, bem como dificuldades individuais na pesquisa de informação,^{21, 22} requerendo apoio dos profissionais de saúde.^{18, 23} É ainda nas mulheres grávidas com menor nível de LS que se verifica menor recurso a fontes de informação *online* de referência e maior o recurso a fontes como blogs e redes sociais.²⁴

Por sua vez, as mulheres grávidas com maior nível de LS realizam mais pesquisas de informação de saúde *online*,^{19, 22, 25} tendo melhores competências de avaliação da precisão da informação que acedem.²² Tendem a recorrer a fontes *online* formais e têm maior intenção de discussão com profissionais de saúde sobre a informação de saúde que acederam.²⁶

Perante as assimetrias existentes entre mulheres grávidas com diferentes níveis de LS, devem ser definidas estratégias pelos profissionais de saúde para eliminar as desigualdades que emergem na utilização da internet como fonte de informação em saúde.¹⁹ Em primeira instância, deverão avaliar o nível de LS com instrumentos validados para prestação de apoio personalizado^{21, 23} e questionar sobre os comportamentos de pesquisa de informação de saúde *online* das mulheres grávidas de quem cuidam.¹⁹ Deverão saber referenciar fontes *online* de referência, especialmente a mulheres com menor nível de LS^{18, 27} e promover competências de avaliação da qualidade e precisão da informação disponível *online*.^{21, 24, 27} Deverão ainda estar ativamente presentes nas ferramentas de apoio *online*,²¹ desenvolvendo informação em saúde em linguagem corrente e com elementos audiovisuais¹⁸, que seja adaptada a diferentes níveis de LS.²¹

Como limitação da presente revisão *scoping* emerge a localização da maioria dos artigos incluídos, que são provenientes de estudos realizados nos Estados Unidos da América, existindo em menor número estudos realizados na realidade europeia, salientando-se ainda a inexistência de estudos realizados em Portugal. Dada a pertinência e atualidade da temática, emerge como necessidade a realização de investigação sobre a utilização da internet como fonte de informação em saúde e o nível de literacia em saúde da mulher grávida portuguesa.

Conclusões

Os artigos incluídos na presente revisão *scoping* permitiram mapear a evidência científica existente sobre a relação entre a utilização da internet como fonte de informação em saúde

e o nível de literacia em saúde das mulheres grávidas, algo que não deve ser descurado pelos profissionais de saúde que prestam cuidados a esta população. O nível de literacia em saúde das mulheres grávidas influencia de forma determinante a utilização da internet como fonte de informação, estando positivamente relacionado com maior frequência de utilização, recorrência a fontes formais e discussão da informação acedida com profissionais de saúde. Em oposição, um menor nível de literacia em saúde está associado a menor utilização das ferramentas digitais para pesquisa de informação de saúde, maior recurso a fontes *online* informais e maior dificuldade na avaliação e compreensão da informação acedida, necessitando de apoio de profissionais de saúde. O nível de literacia em saúde das mulheres grávidas deverá ser considerado para a recomendação personalizada de informação *online* válida e fidedigna. Considerando a pertinência da temática, urge a necessidade de continuação de realização de investigação, com o objetivo de guiar os profissionais de saúde a prestarem cuidados sensíveis às especificidades das mulheres grávidas do século XXI.

Contribuições autorais

IND: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito. MHBF: Revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Financiamento

Esta pesquisa não recebeu financiamento específico dos setores público, comercial ou de setores sem fins lucrativos.

Referências

1. McCarty D. Maternity & women's health care. 11th Ed. St. Louis: Elsevier; 2016. Transition to parenthood.; p.502-522.
2. Meleis, A. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing. New York: Springer; 2010. Research and practice theoretical development of transitions; p.13-24.
3. Baker B, Yang I. Social media as social support in pregnancy and the postpartum. Sex Reprod Healthc. [Internet]. 2018 Oct; 17, 31-34. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575617302604?via%3Dihub> doi:10.1016/j.srhc.2018.05.003
4. Ginja S, Coad J, Bailey E, Kendall S, Goodenough T, Nightingale S, et al. Associations between social support, mental wellbeing, self-efficacy and technology use in first-time antenatal women: data from the BaBBLeS cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2018 Nov, 18(1):441. Available from:

- <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2049-x>
5. The Oxford English Dictionary [Internet]. Oxford: Oxford University Press. Available from: <https://www.oed.com/>
 6. Espanha R, Ávila P, Mendes R. Literacia em saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016.
 7. Ferreira PM, Silva PA. A informação sobre saúde dos portugueses: Fontes, conhecimentos e comportamentos. Lisboa: Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina de Lisboa; 2017. Internet: uma fonte privilegiada no acesso à informação sobre saúde? p. 53-72.
 8. Donelle L, Hall J, Hieber B, Jackson K, Stoyanovich E, LaChance J, Facca, D. Investigation of digital technology use in the transition to parenting: Qualitative study. *JMIR Pediatr Parenting*, [Internet]. 2021;4(1):e25388. Available from: <https://pediatrics.jmir.org/2021/1/e25388>
 9. Kumaresan J. Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world. Washington DC: National Academies Press US; 2013. Health literacy work of the World Health Organization. p.9-13
 10. Almeida CV, Silva, CR, Rosado D, Miranda D, Oliveira D, Mata F, et al. Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde [Internet]. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2019. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
 11. Nutbeam D. Health literacy: improving health, health systems, and health policy around the world. Washington DC: National Academies Press US; 2013. The evolving concept of health literacy. p.88-96
 12. Loureiro I. A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão: Editorial [Internet]. *Rev Port de Saúde Pública*. 2015, 33(1). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000206?via%3Dihub>
 13. Almeida CV. Literacia em saúde: Desafios da leitura e do processamento cognitivo da informação online. *A Pátria*. [Internet]. 2020. Available from: <https://apatria.org/saude/literacia-em-saude-desafios-da-leitura-e-do-processamento-cognitivo-da-informacao-on-line>
 14. Espanha R. Informação e saúde. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2013.
 15. Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República* 85, Série II; 2019/maio03:13560-13565. https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216892/details/maximized?serie=II&parte_
 - filter=33&day=2019-05-03&date=2019-05-01&dreId=122202664
 16. Link D. *Maternity & Women's Health Care*. 11th Ed. St. Louis: Elsevier; 2016. Nursing care of the family during pregnancy; p.301-343.
 17. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping Reviews. In Aromataris E.; Munn, Z. (Ed.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute, 2020. Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
 18. Arcia A, Stonbraker S, Warner E. Information needs and information-seeking processes of low-income pregnant women in relation to digital maternity education resources. *J Perinat Educ*. [Internet]. 2019; 28(3):151-162. Available from: <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.28.3.151>
 19. Guendelman S, Broderick A, Mlo H, Gemmill A, Lindeman D. Listening to communities: Mixed-method study of the engagement of disadvantaged mothers and pregnant women with digital health technologies. *Med Internet Res*. [Internet]. 2017; 19(7). Available from: <http://www.jmir.org/2017/7/e240/>
 20. Lu Y, Barret L, Lin R, Amith M, Tao C, He Z. Understanding information needs and barriers to accessing health information across all stages of pregnancy: Systematic review. *JMIR Pediatr Parent* [Internet]. 2022; 5(1). Available from: <https://pediatrics.jmir.org/2022/1/e32235>
 21. Bäckström C, Carlén K, Larsson V, Mårtensson L, Thorstensson S, Berglund M, et al. Expecting parents' use of digital sources in preparation for parenthood in a digitalised society: a systematic review. *Digit Health* [Internet]. 2022; 8. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20552076221090335>
 22. Šoštaric M, Jokić-Begić N. The importance of the internet in obtaining health-related information in pregnant women. *Soc Psychiatry* [Internet]. 2020; 48(2), 210-234. Available from: <https://www.socijalnapsihijatrija.com/en/social-psychiatry/48/48-2/the-importance-of-the-internet-in-obtaining-healthrelated-information-in-pregnant-women/>
 23. Hussey L, Frazer C, Kopulos M. Impact of health literacy levels in educating pregnant millennial women. *Int J Childbirth Educ* [Internet]. 2016; 31 (3), 13- 18. Available from: <https://icea.org/wp-content/uploads/2015/12/CBEed-JUL-web-FINAL.pdf>
 24. Álvarez-Pérez Y, Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, Torres-Castanõ A, Toledo-Chávarri A, Duarte-Díaz A, et al. Co-creation of massive open online courses to improve digital health literacy in pregnant and lactating women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022; 19 (913). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19020913>
 25. Sayakhot P, Carolan-Olah M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: A

- systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016; 16(65). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0856-5>
26. Chung K, Cho H, Kim Y, Jhung K, Koo H, Park J. Medical help-seeking strategies for perinatal women with obstetric and mental health problems and changes in medical decision making based on online health information: Path analysis. *J Med Internet Res*. [Internet]. 2020; 22(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7083619/>
27. Donelle L, Hall J, Hiebert B, Jackson K, Stoyanovich E, LaChance J, et al. Investigation of digital technology use in the transition to parenting: qualitative study. *JMIR Pediatr Parent* [Internet]. 2021;4(1). Available from: <https://pediatrics.jmir.org/2021/1/e25388>

Realidade Virtual como estratégia de alívio da dor no trabalho de parto: protocolo revisão *scoping*

Marta Coelho¹

 orcid.org/0000-0003-2085-9739

Alexandra Tereso²

 orcid.org/0000-0002-4746-3649

¹ Estudante de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

² Doutoramento. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

Introdução

Durante o trabalho de parto a dor pode afetar a saúde da parturiente e do feto, sendo o seu alívio um direito das parturientes e um dever dos profissionais. Na promoção duma experiência positiva de trabalho de parto é importante que os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica privilegiem a avaliação da dor e o recurso às estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, disponibilizando os recursos necessários e capacitando as parturientes para a sua utilização. Destas estratégias, destaca-se a realidade virtual pela facilidade de utilização e por permitir a diminuição dos níveis de dor através do desvio de atenção do mundo real utilizando computadores e outros dispositivos. Por ser uma estratégia que ainda não está implementada nas salas de partos em Portugal, importa mapear os fatores facilitadores e as barreiras associadas à sua utilização, para que possa ser efetuado o planeamento da disseminação do conhecimento existente e da sua translação para os cuidados de enfermagem especializados durante a primeira fase do trabalho de parto.

Objetivo

Mapear a evidência sobre os fatores facilitadores e as barreiras na utilização da RV como estratégia não farmacológica de alívio da dor durante o trabalho de parto em contexto hospitalar

Métodos

Este protocolo segue as orientações divulgadas pelo Joanna Briggs Institute. Para a pesquisa são consideradas as bases de dados MEDLINE, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina através da plataforma EBSCOhost, o Joanna Briggs Institute EBP Database, através da plataforma Ovid e, é também incluída a literatura cinzenta. Como critérios de inclusão são considerados estudos qualitativos, quantitativos e mistos que abordem a realidade virtual como estratégia de alívio da dor durante o trabalho de parto em contexto hospitalar (com base na mnemónica PCC- População, Conceito e Contexto), publicados em língua portuguesa, francesa, espanhola (castelhano) ou inglesa entre 2017 e 2022. Os títulos e resumos das referências identificadas serão analisados independentemente e avaliados para efeitos de elegibilidade por dois revisores. Em caso de empate, prevê-se o recurso a um terceiro revisor. Os estudos em texto integral e os dados, serão extraídos utilizando um formulário. A tabela de extração de dados mostrará os dados mapeados de uma forma descritiva, respondendo às questões de pesquisa.

Discussão

Os resultados permitirão sintetizar as barreiras e os fatores facilitadores na utilização da RV para o alívio da dor da parturiente e assim, contribuir para a tomada de decisão no planeamento da divulgação desta estratégia às grávidas e aos profissionais de saúde e na sua implementação nas salas de partos.

Registo da Revisão Sistemática

Open Science Framework: osf.io/4b2sj

Palavras-chave

Realidade Virtual; Dor no Trabalho de Parto; Enfermagem Obstétrica; Parturiente.

Autor de correspondência

Alexandra Tereso

E-mail: alexandra.tereso@escl.pt

Recebido: 19.01.2023

Aceite: 25.05.2023

Como citar este artigo: Coelho M, Tereso A. Realidade Virtual como estratégia de alívio da dor no trabalho de parto: protocolo revisão *scoping*. Pensar Enf [Internet]. 2023 Ago; 27(1):104-109. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.250>.



Introdução

A dor durante o trabalho de parto é uma experiência individual.¹ Na forma como a dor é experienciada pela parturiente estão incluídos processos fisiológicos e psicossociais² que dependem de fatores pré-parto e intra-parto.³ Destes, destacam-se os físicos, os psicológicos (medo, ansiedade, confiança), a educação pré-natal, a paridade, a posição adotada pela mulher, os genéticos e clínicos, o nível de instrução materna, o nível socioeconômico e cultural e o modelo assistencial de cuidados durante o parto (p. ex. presença de pessoa de referência).⁴ Apesar da dor durante o trabalho de parto ser uma condição natural e fisiológica, pode afetar o bem-estar e a saúde da mulher e do feto, a relação emocional da mulher com o recém-nascido e as suas perspectivas sobre nascimentos futuros.⁵

As *guidelines* nacionais e internacionais sobre a experiência de parto positiva ou maternidade respeitada defendem que o alívio da dor é fundamental na prestação de cuidados de qualidade. A World Health Organization⁶ divulga que o alívio da dor deve ser baseado em evidência científica e disponibilizado de forma oportuna, de acordo com as escolhas da mulher, a sua cultura e as suas necessidades. Neste âmbito realçam-se as estratégias não farmacológicas de alívio da dor que não implicam o risco de efeitos adversos das estratégias farmacológicas tais como o aumento da duração de trabalho de parto e a necessidade do recurso a partos instrumentados.^{1,7} Estas estratégias têm o potencial de reduzir os efeitos secundários da analgesia epidural, aumentar a taxa de adesão à amamentação, aumentar a tomada de decisão partilhada e o controlo sobre o trabalho de parto, facilitar a interação com os profissionais e, em última análise, aumentar a satisfação da parturiente e da família.⁸⁻⁹

Das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o parto, destaca-se a realidade virtual (RV) por ser um método não invasivo, apresentar vários benefícios (aumento da satisfação e diminuição da dor, da duração do trabalho de parto e da ansiedade), ser eficaz e de fácil utilização.^{4,10-11} *Musters et al.*¹² consideram que se tem assistido a um aumento da evidência científica de que a RV é eficaz na diminuição da dor durante o parto, e que a sua utilização pode contribuir para reduzir o recurso a métodos farmacológicos de controlo da dor e, concomitantemente os efeitos secundários associados a estes.

A RV é uma nova tecnologia que utiliza computadores e outros dispositivos, e que permite à parturiente experimentar uma sensação de presença num ambiente imersivo tridimensional e interativo, que contribui para diminuir a percepção da dor, desviando a atenção do mundo real.¹³ Esta abstração e experiência sensorial, também podem ser utilizadas em simultâneo com outras técnicas o que constitui uma vantagem que deve ser tida em consideração.¹⁴

A percepção da dor está (em parte) relacionada com a atenção que é dada aos estímulos dolorosos¹⁵ e as técnicas de distração retiram a atenção de um estímulo nocivo, exigindo a atenção limitada do utilizador. Apesar da

distração através do visionamento de filmes, da audição de música e de conversas que não incidam sobre aspetos clínicos se ter tornado mais comum durante os procedimentos médicos, os sistemas de RV podem constituir uma alternativa mais eficaz. A distração pode ser uma técnica de analgesia muito promissora que pode ser usada com segurança e eficácia para a redução da dor e do desconforto durante procedimentos médicos.¹⁶ Nos últimos anos, várias pesquisas têm explorado a eficácia da distração imersiva em RV na redução da dor relacionada com diferentes procedimentos médicos e também com o trabalho de parto.¹⁵

Algumas das técnicas de distração mais recentes utilizam tecnologia audiovisual avançada, que combina estímulos visuais e auditivos em vídeos bidimensionais ou tridimensionais. Estas técnicas são designadas sistemas audiovisuais de RV, sistemas de óculos ou simplesmente distração áudio visual e não recorrem a estímulos cinéticos. A RV utiliza equipamentos sofisticados como os monitores 3-D (*Head Mounted Displays*) colocados na cabeça, que possuem um grande campo de visão, e sistemas de deteção de movimento que permitem aos utilizadores interagir com o ambiente virtual. Existe uma multiplicidade de características e componentes que pode ser acrescentada ou retirada do equipamento e que se traduz nos custos implicados para a sua utilização.¹⁷

A utilização da RV como técnica de analgesia oferece imagens mais imersivas devido aos auscultadores oclusivos que projetam as imagens mesmo em frente dos olhos do utilizador e, dependendo do modelo utilizado, bloqueiam os estímulos do mundo real (visuais, auditivos ou ambos).¹⁶ McCaffery e Pasero¹⁷ designaram este fenómeno como blindagem sensorial. Nesta, o utilizador é protegido da dor pela distração resultante da imersão, que é particularmente aumentada na RV através da utilização de *Head Mounted Displays* que direcionam o foco de atenção para o que está a acontecer no mundo virtual.¹⁶

Na primeira fase do trabalho de parto, a RV reveste-se de especial interesse devido ao seu carácter não-invasivo, ao seu contributo para o alívio da dor e à ausência de efeitos secundários significativos.¹¹

Nos estudos realizados por *Baradwan et al.*⁴, *Akin et al.*¹ e *Carus et al.*¹⁸ foram salientados como benefícios da RV: a redução da percepção da dor nas parturientes, a diminuição dos níveis de ansiedade, o aumento da satisfação das parturientes e conviventes significativos, a ausência de efeitos adversos e a diminuição do risco de complicações para o feto e de perturbações pós-parto para a mulher. Neste âmbito é ainda importante referir o estudo qualitativo realizado por *Wong et al.*¹⁹, no qual foram analisadas as percepções das parturientes durante a utilização da realidade virtual e no qual concluíram que as parturientes se sentiram mais calmas e relaxadas, com diminuição dos níveis de ansiedade e mais concentradas na respiração. Este estudo demonstrou ainda melhorias significativas na autoeficácia através da utilização da RV.

Os profissionais de saúde, com os seus conhecimentos e competências, continuam a ser o fator mais importante na promoção de um trabalho de parto que dê resposta às

expetativas das mulheres²⁰, garantindo um ambiente seguro, concebendo, implementando e avaliando intervenções na prevenção e controlo da dor.²¹⁻²² Durante a gravidez e o parto, o alívio da dor destaca-se no exercício profissional dos enfermeiros obstetras e alicerça-se não só em razões médicas, mas, também em razões humanas.²³

A partilha do conhecimento para a inovação dos cuidados, das estratégias e das intervenções de enfermagem é fundamental, bem como a aquisição de recursos e a capacitação dos profissionais para disponibilizarem alternativas seguras, acessíveis e eficazes²⁴ para o alívio da dor das parturientes.²⁵ A implementação da RV na primeira fase do trabalho de parto requer a obtenção de informação sobre as preferências das parturientes e sobre a forma como percecionam a dor.¹² No âmbito dos cuidados pré-natais, estes aspetos podem ser clarificados e a elaboração do plano de parto pode constituir uma boa oportunidade para tal.

Apesar da sua efetividade no alívio da dor e da segurança que a sua aplicação permite,²⁶ a RV ainda não é utilizada nas salas de partos em Portugal. Neste contexto é fundamental identificar os fatores facilitadores e as barreiras para a translação do conhecimento que está disponível, de forma a promover a sua divulgação durante a gravidez nos cursos de preparação para o parto e a sua acessibilidade às parturientes.

Métodos

Foi efetuada pesquisa na MEDLINE (EBSCOhost), na Cochrane Database of Systematic Reviews (EBSCOhost), e no Joanna Briggs Institute EBP (Ovid) e não foram identificadas revisões *scoping* ou revisões sistemáticas sobre o tema.

Objetivos e Questões de pesquisa

O objetivo desta *scoping review* (ScR) é mapear a evidência sobre os fatores facilitadores e as barreiras na utilização da RV como estratégia não farmacológica de alívio da dor durante o trabalho de parto em contexto hospitalar.

As questões de pesquisa são:

Quais as barreiras para a utilização da realidade virtual como estratégia de alívio da dor durante o trabalho de parto?

Quais os fatores facilitadores na utilização da realidade virtual como estratégia de alívio da dor durante o trabalho de parto?

Seguindo a metodologia proposta pelo JBI, este protocolo *scoping* é apresentado segundo as orientações para os protocolos das revisões sistemáticas disponibilizados pelo *Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols* (PRISMA-P) *checklist* (Anexo 1).²⁷ A revisão planeada vai ser apresentada de acordo com a extensão do PRISMA para *Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) *Checklist* (Anexo 2).²⁸

Este protocolo será conduzido de forma a incluir todos os estudos que abordem a realidade virtual como estratégia não farmacológica de alívio da dor durante o trabalho de

parto. Assegurando um trabalho sistemático e replicável, a estrutura deste protocolo ScR, seguirá as seguintes etapas: definir e alinhar o objetivo com as questões para a revisão, desenvolver e alinhar os critérios de inclusão com os objetivos/questões; descrever a abordagem planeada para a pesquisa, seleção, extração de dados e apresentação da evidência; pesquisar e selecionar as provas; extrair e analisar a evidência; apresentar os resultados e resumir a evidência em relação ao objetivo da revisão, chegar a conclusões e anotar quaisquer implicações dos resultados.²⁹

Este protocolo foi registado no Open Science Framework (registo nº osf.io/4b2si)

Crítérios de elegibilidade

Participantes: este protocolo de ScR inclui estudos sobre a utilização da realidade virtual para alívio da dor durante o trabalho de parto.

Conceito: o fenómeno de interesse definido para esta ScR diz respeito aos fatores facilitadores e às barreiras na utilização da realidade virtual como estratégia não farmacológica no alívio da dor durante o trabalho de parto. A identificação destes aspetos possibilitará prevenir o impacto de barreiras e promover o sucesso da implementação desta estratégia nos blocos de partos em Portugal.

Contexto: hospitalar (Blocos de Partos).

Tipos de Estudos

Este protocolo inclui estudos primários (quantitativos, qualitativos e mistos) ou secundários (revisões sistemáticas da literatura e ScR) publicados e literatura cinzenta. Serão considerados estudos em língua portuguesa e inglesa, uma vez que, constituem as línguas de domínio das investigadoras. A linha temporal considerada incluirá os últimos 5 anos de publicação, com início em 2017.²⁹

Fontes de informação

Para identificar documentos potencialmente relevantes para a ScR serão utilizados dois tipos de fontes de informação:

1. Bases de dados eletrónicas através da plataforma EBSCOhost: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MedicLatina e Cochrane Database of Systematic Reviews, e através da plataforma OVID: JBI EBP.

2. Outros documentos de fontes como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e de organizações que emanam orientações relativas aos cuidados de saúde durante o parto.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa definida para esta ScR envolverá três etapas. Uma pesquisa inicial em bases de dados relevantes: MEDLINE, CINAHL. Através desta pesquisa são definidos os descritores mais utilizados (linguagem natural e indexada) nos títulos e resumos dos artigos

pesquisados e os termos de indexação utilizados para identificar os artigos relacionados com os fatores facilitadores e as barreiras na utilização da realidade virtual como estratégia não-farmacológica de alívio da dor durante o trabalho de parto.

A expressão de pesquisa em linguagem natural a ser utilizada na base de dados MEDLINE inclui truncadores e *wild cards* e será: (Parturient OR Pregnant* OR Wom?n in Labo?r) AND (Virtual Reality OR User-Computer Interface) AND (Pain Management OR Pain Measurement OR Pain Relief OR Labo?r Pain) AND (Hospital OR Obstetric Units).

A expressão de pesquisa em linguagem indexada a ser utilizada na mesma base de dados será: (MH "Labor, Obstetric" OR "Pregnancy") AND (MH "Virtual Reality" OR MH "User-Computer Interface") AND (MH "Pain Management" OR MH "Pain Measurement" OR MH "Analgesia, Obstetrical" OR MH "Labor Pain") AND MH "Hospital Units".

Como limitadores, utilizar-se-á a data de publicação (período compreendido entre o ano de 2017 até o ano de 2023) e o idioma [inglês, francês, espanhol (castelhano) e português].

Em segundo lugar, realizar-se-á uma pesquisa adaptando os termos descritos no ponto anterior para cada uma das fontes referidas. A estratégia de pesquisa terá como base a mnemónica "PCC" segundo as recomendações do JBI. Como Participantes, definem-se as parturientes; como Conceito, a realidade virtual como estratégia não farmacológica para o alívio da dor, e como Contexto, o hospital (blocos de partos).³⁰ A leitura dos títulos e resumos pelos dois revisores independentemente (utilizando perguntas previamente estabelecidas), permitir-lhes-á seleccionar os que satisfazem os critérios de elegibilidade e que serão escolhidos para serem lidos na íntegra.

Para aperfeiçoamento, as referências bibliográficas de todos os artigos e estudos identificados serão analisadas para incluir estudos adicionais.³⁰

Processo de mapeamento dos dados

Após a pesquisa, todos os estudos seleccionados serão enviados para o programa de gestão de referências Mendeley e os duplicados serão removidos. Posteriormente, realizar-se-á uma avaliação pormenorizada dos estudos, sendo a seleção dos mesmos baseada nos critérios de inclusão e nas questões norteadoras da revisão. Serão utilizados dois revisores independentes um do outro, para a identificação, seleção, elegibilidade e critérios de inclusão. Em caso de dúvida, as questões divergentes serão debatidas e, um terceiro revisor será contactado para clarificação.

Os artigos seleccionados serão descarregados no programa Covidence, que, em parceria com a Cochrane, permite a interação entre revisores e otimizar o processo de revisão sistemática, tendo por base as recomendações da JBI. Os dados extraídos incluirão detalhes específicos sobre a população, conceito e contexto, métodos de estudo e conclusões-chave relevantes para a questão de estudo.

Síntese dos Resultados

Os resultados serão apresentados no fluxograma PRISMA (Anexo 3). A tabela de extração de dados mostrará-lo-á de uma forma organizada e descritiva, considerando as questões de revisão. Assim, é importante identificar os fatores facilitadores e as barreiras na utilização da RV no alívio da dor durante o trabalho de parto. Estes resultados serão apresentados de forma descritiva e analítica, numa tabela onde serão descritas as características dos estudos e dos documentos considerados na ScR.

Discussão

A RV constitui uma alternativa não farmacológica para alívio da dor³¹ e mapear os fatores facilitadores e as barreiras para a sua utilização durante o trabalho de parto permite planear intervenções para a disseminação e translação do conhecimento produzido envolvendo os enfermeiros, os médicos e as mulheres/acompanhantes de forma a promover a utilização desta estratégia potenciando os fatores facilitadores e minimizando as barreiras.

Contribuições autorais

Coelho, M: Fundamentação do protocolo, opções metodológicas e redação do manuscrito.

Tereso, A: Fundamentação do protocolo, opções metodológicas e redação do manuscrito.

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Financiamento

Não foi recebido qualquer apoio financeiro para esta investigação.

Referências Bibliográficas

1. Akin B, Kocak MY, Küçükaydın Z, Güzel K. The effect of showing images of the foetus with the virtual reality glass during labour process on labour pain, birth perception and anxiety. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 [cited 2022 dec 23]; 30 (15–16): 2301–8. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.1576>
2. Koyyalamudi V, Sidhu G, Cornett EM, Nguyen V, Labrie-Brown C, Fox CJ, et al. New labor pain treatment options. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2016 [cited 2022 dec 18]; 20 (2): 1–9. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11916-016-0543-2>
3. Jahanishoorab N, Zagami SE, Nahvi A, Mazluom SR, Golmakani N, Talebi M, et al. The effect of virtual reality on pain in primiparity women during episiotomy repair: a randomize clinical trial. *Iran J Med Sci* [Internet]. 2015

- [cited 2022 nov 23]; 40 (3): 219–24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430883/>
4. Baradwan S, Khadawardi K, Badghish E, Alkhamis WH, Dahi AA, Abdallah KM, et al. The impact of virtual reality on pain management during normal labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2022 [cited 2023 jan 5]; 32: 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100720>
 5. Ebrahimian A, Bilandi RR, Bilandi MRR, Sabzeh Z. Comparison of the effectiveness of virtual reality and chewing mint gum on labor pain and anxiety: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2022 [cited 2023 jan 5]; 22 (49): 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04359-3>
 6. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care of women and babies for improved health and well-being [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2022 nov 29]. 1–8. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>
 7. Massov L, Robinson B, Rodriguez-Ramirez E, Maude R. Virtual reality is beneficial in decreasing pain in labouring women: a preliminary study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2022 [cited 2023 jan 5]; (63) 193–197. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajo.13591>
 8. Frey DP, Bauer ME, Bell CL, Low LK, Hassett AL, Cassidy RB, et al. Virtual reality analgesia in labor: the vrail pilot study - a preliminary randomized controlled trial suggesting benefit of immersive virtual reality analgesia in unmedicated laboring women. *Anesth Analg* [Internet]. 2019 [cited 2022 dec 20]; 128 (6) E93–6. Disponível em: https://journals.lww.com/anessthesia-analgnesia/Fulltext/2019/06000/Virtual_Reality_Analgnesia_in_Labor_The_VRAIL.27.aspx
 9. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health* [Internet]. 2019 [cited 2022 dec 20]; 16 (71) 1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>
 10. Pourmand A, Davis S, Marchak A, Whiteside T, Sikka N. Virtual reality as a clinical tool for pain management. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2018 [cited 2022 dec 17]; 22 (53) 1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0708-2>
 11. Pratiw IG, Husin F, Ganiem AR, Susiarso H, Arifin A, Wirahkusuma, F. The effect of virtual reality on pain in primiparity women. *Int J Nurs Heal Sci* [Internet]. 2017 [cited 2022 dec 17]; 4 (4): 46–50. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Intan-Gumilang/publication/321600779_The_Effect_of_Virtual_Reality_on_Pain_in_Primiparity_Women/links/5a8be0f10f7e9b1a95560994/The-Effect-of-Virtual-Reality-on-Pain-in-Primiparity-Women.pdf
 12. Musters A, Vandevenne AS, Franx A, Wassen MMLH. Virtual reality experience during labour (virel); a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023 [cited 2023 jan 19]; 23 (1): 283. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05432-9#citeas>
 13. Wiederhold BK, Gao K, Sulea C, Wiederhold MD. Virtual reality as a distraction technique in chronic pain patients. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* [Internet]. 2014 [cited 2022 nov 29]; 17 (6): 346–52. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cyber.2014.0207>
 14. O'Connor S, Mayne A, Hood B. Virtual reality-based mindfulness for chronic pain management: a scoping review. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2022 [cited 2023 jan 5]; 3(3):359–69. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.013>
 15. Botella C, Palacios AG, Baños R, Quero S, Breton-Lopez J. Virtual reality in the treatment of pain. *Journal of Cybertherapy & Rehabilitation* [Internet]. 2008 [cited 2022 dec 17]; 1 (1) 93-100. Disponível em: <https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/73746/33401.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 16. Wismeijer AAJ, Vingerhoets JJM. The use of virtual reality and audiovisual eyeglass systems as adjunct analgesic techniques: A review of the literature. *Ann. Behav. Med* [Internet]. 2005 [cited 2022 dec 7]; 30 (3): 268–278. Disponível em: https://doi.org/10.1207/s15324796abm3003_11
 17. McCaffery M, Pasero C. *Pain: Clinical manual* 2nd ed. St. Louis: Mosby:1999. 795 p.
 18. Carus EG, Albayrak N, Bildirici HM, Ozmen SG. Immersive virtual reality on childbirth experience for women: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [cited 2023 jan 3]; 22 (354): 1–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04598-y>
 19. Wong MS, Gregory KD, Spiegel BMR, Khalil C. Patient perceptions of virtual reality for pain relief in labor: A qualitative study. *Front. Pain Res* [Internet]. 2022 [cited 2023 jan 3]; (3): 1–6.
 20. Ayres-De-Campos D. Intrapartum fetal surveillance. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2016 [cited 2022 dec 20]; (30):1–2 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.08.003>
 21. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República, II Série (N.º 85 de 03-05-2019)*: 13560-13565. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
 22. Wyatt J. Essential competencies. *People & Strategy* [Internet]. 2009 [cited 2022 dec 7]; 32 (2):13. Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewe>

- [r?vid=10&sid=8377fbcd-5262-4c96-8159-b47c8bde58eb%40redis](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.004)
23. Crowther SA, Hall J, Balabanoff D, Baranowska B, Kay L, Menage D, et al. Spirituality and childbirth: An international virtual co-operative inquiry. *Women and Birth* [Internet]. 2021 [cited 2022 dec 15]; 34 (2): e135–45. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.004>
24. Costa AP, Sánchez-Gómez MC, Cilleros MVM, organizadores. *A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos* [E-book na Internet]. Oliveira de Azeméis: Ludomedia; 2017 [cited 2022 dec 15]. 165 p. Disponível em: <https://www.webqda.net/wp-content/uploads/2017/06/ebook-Pratica-Investigacao-Qualitativa-PT.pdf>
25. Jylhä V, Oikarainen A, Perälä M-L, Holopainen A. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. [Internet]. Copenhagen WHO; 2017 [cited 2022 nov 28]. 44 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353672/WHO-EURO-2017-5314-45078-64291-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Xu N, Chen S, Liu Y, Jing Y, Gu P. the effects of virtual reality in maternal delivery: systematic review and meta-analysis. *JMIR Serious Games* [Internet]. 2022 [cited 2023 jan 5]; 10 (4): 1-13. Disponível em: <https://games.imir.org/2022/4/e36695/PDF>
27. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev* [Internet]. 2015 [cited 2022 nov 28]; 4 (1): 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
28. Tricco, AC, Lillie, E, Zarin, W, O'Brien, KK, Colquhoun, H, Levac, D, Moher, D, Peters, MD, Horsley, T, Weeks, L, Hempel S et al. PRISMA Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med* [Internet] 2018 [cited 2022 nov 28]; 169 (7) 467-473. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/>
29. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis* [Internet], JBI 2020 [cited 2022 nov 16]. Capítulo 11. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11+%3A+Scoping+reviews>
30. Salmond S, Bennett MJ. Systematic review of qualitative evidence. In: Holly C, Salmond S, Saimbert M. *Comprehensive systematic review for advanced practice nursing 3rd*. New York : Springer; 2021. p. 295–349
31. Wong MS, Spiegel BMR, Gregory KD. Virtual reality reduces pain in laboring women: a randomized controlled trial [Internet]. *Am J Perinatol* 2021 [cited 2022 nov 16]; 38 (S01): 167-172. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32485759/>

Cochrane Corner - Intervenções telefônicas para apoio educacional e psicossocial a cuidadores informais


Adriana Henriques¹

 orcid.org/0000-0003-0288-6653

Ricardo J. O. Ferreira²

 orcid.org/0000-0002-2517-0247

Andreia Silva Costa³

 orcid.org/0000-0002-2727-4402

António Vaz Carneiro⁴

 orcid.org/0000-0002-2783-0544

¹ Doutoramento. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa. Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

² Doutoramento. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra. Núcleo de Investigação em Enfermagem (NIE), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, um centro clínico da Unidade de Investigação para as Ciências da Saúde ramo Enfermagem (UICISA:E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

³ Doutoramento. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa. Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

⁴ Doutoramento. Instituto de Saúde Baseada na Evidência, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Cochrane Corner - Telephone interventions for educational and psychosocial support for informal caregivers

Resumo

O telefone é um meio fácil de prestação de apoio educacional e psicossocial por profissionais de saúde a cuidadores informais. Esta revisão sistemática Cochrane avaliou 21 ensaios clínicos aleatorizados, envolvendo 1.690 cuidadores e comparando a eficácia das intervenções de apoio telefónico com cuidados habituais, na prestação de apoio educacional e psicossocial. Concluiu-se existir um ligeiro benefício destas intervenções para alguns *outcomes* (resultados), como por exemplo, na redução da ansiedade e melhoria da preparação para cuidar. Contudo, para a maioria dos resultados avaliados, o efeito adicional da utilização de intervenções telefónicas foi pouco ou nenhum. A maior parte dos estudos possuíam elevado risco de viés e amostras reduzidas.

Palavras-chave

Cuidador Informal; Telefone; Telemedicina; Telenfermagem; Educação para a Saúde; Sistemas de Suporte Psicossocial; Sobrecarga do Cuidador; Qualidade de Vida.

Abstract

The telephone is an easy way for health professionals to provide educational and psychosocial support to informal caregivers. This Cochrane systematic review evaluated 21 randomised clinical trials involving 1,690 caregivers comparing the efficacy of telephone interventions against usual care, regarding educational and psychosocial support. It was concluded that these interventions may have a slight benefit for some outcomes, such as reducing anxiety and improving preparation for care. However, for most of the evaluated outcomes, the additional effect of using telephone interventions was little or none. Most studies had a high risk of bias and few participants.

Keywords

Caregivers; Telephone; Telemedicine; Telenursing; Patient Education as Topic; Psychosocial Support Systems; Caregiver Burden; Quality of Life.

Autor de correspondência

Adriana Henriques

E-mail: ahenriques@esel.pt

Recebido: 11.10.2023

Como citar este artigo: Henriques A, Ferreira RJO, Costa AS, Carneiro AV. Cochrane Corner - Intervenções telefônicas para apoio educacional e psicossocial a cuidadores informais. Pensar Enf [Internet]. 2023 Out; 27(1):110-112. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.299>



Questão Clínica: Qual a utilidade das chamadas telefônicas para apoiar os cuidadores informais?¹

Objetivos

Avaliar a eficácia das intervenções de apoio telefônico, realizadas por profissionais de saúde, quando comparadas com cuidados habituais ou intervenções sem utilização de telefone, na prestação de apoio educacional e psicossocial a cuidadores informais (CI) de pessoas com doenças agudas e crônicas, em termos da qualidade de vida (QV) e da sobrecarga dos cuidadores. Secundariamente, avaliar o custo efetividade das intervenções telefônicas.

Tipo e descrição do Estudo

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura (RS) de ensaios clínicos controlados e aleatorizados (RCTs), incluindo aleatorização por *clusters*. Como resultados principais consideraram-se a QV e a sobrecarga dos cuidadores, e como secundários os indicadores econômicos da intervenção, bem como a aquisição de competências de cuidar, a saúde psicológica, o conhecimento, a saúde e bem-estar, a função familiar, e a satisfação dos cuidadores.

Foram considerados apenas os estudos relativos a intervenções (individuais ou em grupo) em que a primeira sessão possa ter sido presencial ou telefônica, mas em que todas as restantes foram realizadas via telefone, comparado com cuidados habituais. Excluíram-se estudos com telechamada online com imagem. Os intervenientes tinham de ser profissionais de saúde credenciados e os destinatários CI adultos, independentemente da relação com o doente (doença aguda ou crônica).

Foram pesquisadas as bases de dados de Ensaios Clínicos da Cochrane Library (CENTRAL), MEDLINE, Embase, PsycINFO, ProQuest, e a CINAHL complete, bem como 11 websites específicos de CI, três conferências internacionais, e dois registos internacionais de ensaios clínicos.

Resultados

Foram incluídos 21 RCTs, envolvendo 1.690 CI, com intervenções providenciadas principalmente por assistentes sociais (n=5), enfermeiros (n=4), psicólogos (n=4), ou equipas multiprofissionais com enfermeiros, assistentes sociais e outros (n=3).

Verificou-se que as intervenções de apoio telefónico (n=19) possuem baixa ou nenhuma probabilidade de ter efeito na QV do CI (certeza da evidência moderada), bem como pouco efeito na sobrecarga dos mesmos (certeza de evidência baixa) em comparação com os cuidados habituais, imediatamente após a conclusão da intervenção.

Em termos de *outcomes* secundários, constatou-se que a ansiedade possa ser ligeiramente reduzida e a preparação para cuidar ligeiramente melhorada após a intervenção, mas não existindo certeza sobre os efeitos na depressão. Em

geral, verificou-se pouco ou nenhum efeito nos resultados definidos nesta revisão.

Dois estudos compararam intervenções de apoio por telefone versus por outro meio à distância, existindo pouca ou nenhuma evidência de efeito superior ao apoio por via não telefônica.

Conclusões

As intervenções de apoio por telefone a CI, por parte de profissionais de saúde poderão ter ligeiro benefício na redução da ansiedade e melhoria da preparação para cuidar, no final da intervenção, quando comparadas com os cuidados habituais. Contudo, para a maioria dos resultados, incluindo a QV e a sobrecarga do cuidador, as intervenções por telefone aparentam ter pouco ou nenhum efeito. No entanto, deve-se ter em consideração que os resultados da revisão foram baseados principalmente em estudos com alto risco de viés e com poucos participantes.

Comentário

Esta revisão Cochrane¹ foi realizada no período pré-pandemia COVID-19, que como se sabe, aumentou exponencialmente o desenvolvimento de tecnologias telemáticas para a realização de consultas em saúde à distância.² A tele saúde é, hoje em dia e no geral, bem-recebida pelos utentes, ainda que permaneça mais acessível a alguns grupos do que a outros, sendo a qualidade do atendimento equivalente ao presencial para determinadas doenças agudas e crônicas.² Em 2022, foi publicada uma RS que avaliou a eficácia das intervenções de tele saúde, com foco nas pessoas com doenças reumáticas e musculoesqueléticas³ para servir de base à elaboração de recomendações europeias neste âmbito.⁴ Um dos princípios gerais destas recomendações salientam que as intervenções de tele saúde devem ser desenvolvidas em colaboração com todos os parceiros, incluindo os profissionais de saúde, os CI e as pessoas com doença.⁴

Durante a pandemia COVID-19 forma muitos os enfermeiros que recorreram à consulta telefónica ou a outros meios digitais (telenfermagem) para mitigar o impacto na saúde das populações. Estes profissionais viram-se confrontados com falta de condições e orientações apropriadas para levar a cabo esta tarefa com a qualidade e segurança necessárias. Como tal, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros definiu um grupo de trabalho com o objetivo de definir recomendações para promover o desenvolvimento e uniformização da prestação de cuidados de telenfermagem em Portugal.⁵ Denotam-se como principais preocupações o garante da segurança, qualidade, individualidade dos cuidados, o que requer a adequabilidade de meios humanos, técnicos e formativos/organizativos. Na recomendação 5 refere-se que “o enfermeiro e o utente, num processo de decisão partilhada, devem decidir quais as ferramentas mais adequadas, entre as existentes, a utilizar em

telenfermagem”, porque se considerou que, em muitos casos, o telefone é ainda o melhor meio de contacto.⁵

Implicações Clínicas

A prestação de apoio educacional e telefónico, por parte de profissionais de saúde, a CI pode ser utilizado pelos profissionais de saúde para aumentar a satisfação dos utilizadores e reduzindo a sua ansiedade. Outras revisões, que incluíram estudos posteriores à Pandemia COVID-19, sustentam de forma mais robusta a utilização de monitorização à distância, salvaguardando-se a necessidade de disponibilização dos meios e do treino adequado. Infelizmente, em termos de impacto nos cuidadores, esta RS não detetou benefício significativo, talvez porque as dimensões amostrais dos estudos individuais foi pequena e estes apresentavam elevado risco de viéses.

Contribuições autorais

Adriana Henriques definiu a estrutura de acordo com orientações Cochrane. Ricardo Ferreira escreveu o primeiro rascunho do manuscrito, que foi revisto criticamente por todos os autores, que concordaram com a versão final.

Conflitos de interesse

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelos autores.

Fontes de apoio / Financiamento

Não há financiadores a relatar para esta submissão.

Bibliografia

1. Corry M, Neenan K, Brabyn S, Sheaf G, Smith V. Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for providing education and psychosocial support for informal caregivers of adults with diagnosed illnesses. The Cochrane database of systematic reviews [Internet]. 2019 [cited 2023 Set 23]; 5 (5): Cd012533. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31087641/>
2. Shaver J. The state of telehealth before and after the COVID-19 pandemic. Primary care [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 20]; 49 (4): 517-30. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095454322000239?via%3Dihub>
3. Marques A, Bosch P, Thurah A de, Meissner Y, Falzon L, Mukhtyar C, et al. Effectiveness of remote care interventions: a systematic review informing the 2022 EULAR points to consider for remote care in rheumatic and musculoskeletal diseases. RMD open [Internet]. 2022 [cited 2023 Set 23]; 8: 1-15. Disponível em: <https://rmdopen.bmi.com/content/rmdopen/8/1/e002290.full.pdf>

4. de Thurah A, Bosch P, Marques A, Meissner Y, Mukhtyar CB, Knitza J, et al. 2022 EULAR points to consider for remote care in rheumatic and musculoskeletal diseases. Annals of the rheumatic diseases [Internet]. 2022 [cited 2023 Set 23]; (81): 1065-71. Disponível em: <https://ard.bmi.com/content/annrheumdis/81/8/1065.full.pdf>

5. Pimentel G, Neves J, Loureiro AR, Ventura F, Vieira A, Morais A, et al. Consultas de enfermagem à distância em Portugal: recomendações de peritos. Revista de Investigação & Inovação Em Saúde [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 20]; 5 (1): 125–38. Disponível em: <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/171/160>

Custo dos cuidados paliativos oncológicos em serviços de assistência domiciliar: revisão integrativa

Cost of oncological palliative care in home care service: integrative review

Patrícia Christovão Vidotto¹

orcid.org/0000-0003-1516-7236

Patricia Aroni²

orcid.org/0000-0001-5092-2714

Tatiana da Silva Melo Malaquias³

orcid.org/0000-0001-5541-441X

Maynara Fernanda Carvalho Barreto⁴

orcid.org/0000-0002-3562-847

Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad⁵

orcid.org/0000-0001-7564-8563

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

Resumo

Objetivo

Averiguar os artigos científicos relacionados ao custo do Serviço de Assistência Domiciliária para pacientes em cuidados paliativos oncológicos.

Métodos

Revisão integrativa da literatura, que incluiu artigos primários indexados nas bases de dados PubMed, Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Embase, Science Direct e Scielo, utilizando os descritores neoplasms; oncology; home care; palliative care; costs analysis; costs.

Resultados

Foram incluídos dez estudos, sendo três do Reino Unido, três da Espanha, seguidos de dois da Itália, um dos Estados Unidos da América e um do Canadá. Os estudos demonstraram menor custo no internamento domiciliário com acompanhamento de equipas de saúde, inclusive quando analisado pacientes oncológicos em fase terminal e prognóstico da doença.

Conclusão

Evidenciou-se que os custos da assistência prestada a pacientes em cuidados paliativos oncológicos são menores em ambiente domiciliário do que a nível hospitalar.

Palavras-chave

Oncologia; Serviços de Assistência Domiciliar; Cuidados Paliativos; Custos e Análise de custo.

Abstract

Objective

Investigate scientific articles related to the cost of the Home Care Service for patients undergoing oncology palliative care.

Methods

Integrative literature review, which included primary articles indexed in the PubMed, Scopus, Virtual Health Library (VHL), Embase, Science Direct and Scielo databases, using the descriptors: neoplasms; oncology; home care; palliative care; cost analysis; costs.

Results

Ten studies were included, three from the United Kingdom, three from Spain, followed by two from Italy, one from the United States of America and one from Canada. Studies have shown lower costs for home hospitalization with monitoring by healthcare teams, including when analyzing terminally ill cancer patients and disease prognosis.

Autor de correspondência

Tatiana da Silva Melo Malaquias

E-mail: tatieangel@yahoo.com.br

Recebido: 15.05.2023

Aceite: 12.09.2023

Como citar este artigo: Vidotto PC, Aroni P, Malaquias TSM, Barreto MFC, Haddad MCF. Custo dos cuidados paliativos oncológicos em serviços de assistência domiciliar: revisão integrativa. Pensar Enf [Internet]. 2023 Out; 27(1):113-121. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.278>



Conclusion

It was evidenced that the costs of care provided to patients undergoing oncological palliative care are lower in a home environment than at a hospital level.

Keywords

Medical Oncology; Home Care Services; Palliative Care; Costs and Cost Analysis.

Introdução

O cancro está entre as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e representa a segunda principal causa de morte no mundo, em que uma em cada seis mortes são relacionadas à doença. Entre os tipos mais comuns de cancro destaca-se o de pulmão (2,09 milhões de caso), mama (2,90 milhões de casos), colorretal (1,8 milhões de casos), próstata (1,28 milhão de casos), cancro de pele não-melanoma (1,04 milhão de casos) e estômago (1,03 milhão de casos).¹

No que se refere à gravidade das DCNT, uma análise do Banco Económico Mundial estimou que países como Brasil, China, Índia e Rússia perdem, anualmente, mais de 20 milhões de anos produtivos de vida em razão das DCNT.² Nesta perspectiva, as doenças oncológicas representam um grande problema de Saúde Pública, pelo significativo custo no tratamento, hospitalização e necessidade da continuidade de cuidados aos indivíduos em cuidados paliativos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002 e 2017,³ cuidados paliativos referem-se a ações que melhoram a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Possui por objetivo prevenir e aliviar o sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais.

Destaca-se que os planos de contingência com foco na desospitalização e otimização de recursos financeiros, são de extrema relevância, pois constituem-se em estratégias que visam a análise dos recursos e de ações em saúde que favoreçam o planejamento adequado, bem como o direcionamento aos vários níveis de atenção à saúde.⁴

A assistência ou atenção domiciliar (AD) corresponde ao conjunto de ações de saúde, integrada a Rede de Assistência à Saúde (RAS), para garantir o seguimento dos cuidados ao indivíduo que necessita de atendimento. Este serviço está disponível no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de equipas multiprofissionais e também é oferecido por outros prestadores de serviços privados, conhecidos como serviços de home care.⁵

Dentro deste cenário e perspectiva, no Brasil a Resolução nº 41/2018 definida junto a Comissão Intergestores Tripartite do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e secretarias municipais, dispôs sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz da atenção continuada integrada, no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS). De acordo com o Art. 5º, os cuidados paliativos devem ser oferecidos em qualquer lugar da rede de atenção à saúde, sem ônus ao paciente e sua família, notadamente na atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência/emergência e atenção hospitalar.⁶

Em todo o mundo, os custos dos cuidados de saúde são onerosos. Quando se trata de cuidados a nível hospitalar, são ainda mais elevados. O doente em cuidados paliativos oncológicos, dependendo da evolução da doença, sofre várias readmissões. Quando é possível diminuir as taxas de readmissão e transferir os cuidados para os cuidados domiciliários, pode levar a uma diferença significativa nas despesas hospitalares.⁷

O custo é a soma dos gastos com pessoal, material, estrutura física e equipamentos utilizados e deve ser entendido como uma importante ferramenta de gestão para a análise de desempenho, produtividade e qualidade dos serviços.⁸

A primeira etapa do processo consiste na verificação dos custos dos serviços, procedimentos e tratamentos de saúde. De acordo com a análise realizada, as avaliações farmacoeconómicas têm diferentes denominações, dentre ela está: o custo-minimização, o custo-efetividade, o custo-utilidade e o custo-benefício.⁹ Neste sentido, a avaliação económica em saúde assume um papel de destaque, exigindo dos gestores o enfrentamento de novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades. A qualidade associada ao uso racional dos recursos deve ser o novo desafio para os gestores dos serviços de saúde.¹⁰⁻¹¹

Portanto é fundamental mensurar os custos em saúde, para uma análise criteriosa do cenário dos serviços para fundamentar a tomada de decisão dos gestores na seleção de ferramentas e modelos de gestão que qualifiquem o cuidado prestado a população envolvida, principalmente a pessoa com cancro em cuidado paliativo. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi averiguar os artigos científicos relacionados ao custo do Serviço de Assistência Domiciliária para pacientes em cuidados paliativos oncológicos.

Métodos

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura que seguiu seis etapas padronizadas:¹² na etapa I, estabeleceu-se a definição do problema da pesquisa e a questão norteadora, utilizando o acrónimo PICO,¹³ onde o “P” refere-se a população de estudo ou o paciente, ou o problema abordado (Population/Patient/Problem), que nesta revisão refere-se a pacientes com cancro; o “I” é o fenómeno de Interesse (Interest), no qual foram os custos do serviço assistência domiciliária para cuidados paliativos e o “Co” ao contexto (Context), em que foi o cuidado domiciliário. Deste modo, a questão norteadora da pesquisa foi: Qual o custo dos cuidados domiciliários para pacientes em cuidados paliativos oncológicos?

Na etapa II definiu-se os critérios de inclusão, que foram artigos indexados, textos completos sem definição de temporalidade ou país de publicação, nos idiomas

português, espanhol e inglês, relacionados à questão norteadora e desenvolvidos em seres humanos, sem restrição da faixa etária em cuidados oncológicos paliativos. Foram excluídos estudos que abordassem cuidados paliativos na área hospitalar, cartas ao editor, duplicatas, artigos de opinião e revisão de qualquer natureza, reflexão teórica, comentários, ensaios, notas prévias, editoriais, cartas, teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso,

manuals, resumos em anais ou periódicos, dossiês, documentos oficiais, políticas de saúde, relatórios de gestão hospitalar, livros e capítulos de livro.

A recolha de dados ocorreu em outubro de 2021 nas bases de dados e bibliotecas eletrônicas: Scopus; EMBASE; Science Direct, PubMed (MedLine), Scielo, Web of Science e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os descritores apresentados pela estratégia de pesquisa na Tabela 1.

Tabela 1 – String de busca para identificar estudos sobre os custos dos cuidados paliativos oncológicos em Serviços de Atenção Domiciliária.

Base de Dados e Bibliotecas	Descritores	Estratégia de busca	Quantidade inicial de artigos
PubMed (Medline)	MeSH	<i>"cost analysis AND home care AND palliative cancer patients"</i>	2
Scopus	MeSH	<i>"cost analysis AND home care AND palliative cancer patients"</i>	11
BVS	DeCS	<i>(Visita domiciliar OR Atendimento domiciliar) AND (Tratamento paliativo OR Cuidado Paliativo OR Assistência paliativa) AND (Oncologia OR Cancro OR Neoplasia) AND (Análise de custo OR Custos)</i>	9
Embase (Elsevier)	MeSH	<i>'cost analysis' AND 'home care' AND palliative AND care</i>	29
Scielo	MeSH	<i>(cost analysis) AND (home care) AND (palliative care)</i>	3
Science Direct	MeSH	<i>cost analysis' AND 'home care' AND palliative AND care</i>	30

O processo de busca, seleção e análise dos estudos foi realizado por dois revisores independentes, com o auxílio do software gerenciador de referências Rayyan e eventuais discordâncias foram resolvidas por um terceiro revisor.

Os estudos foram analisados descritivamente por meio de tabelas. A classificação quanto ao nível de evidência foi realizada de acordo com Melnyk e Fineout-Overhol,¹⁴ que estabelece níveis de 01 a 07: nível 1, a evidência provém de uma revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidência derivada de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidência obtida de ensaios clínicos bem desenhados sem randomização; nível 4, evidência de estudos de coorte e caso-controle bem delineados; nível 5, evidência de uma revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, elementos de prova provenientes do

parecer das autoridades e/ou do relatório dos comitês de peritos.

Por tratar-se de revisão integrativa, a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Foram identificados 84 artigos de acordo com a estratégia de pesquisa inicial. Destes, cinco eram duplicados, resultando em um total de 79. Os artigos que abordaram a questão da pesquisa foram 18; e após a leitura dos textos completos, foram selecionados dez estudos para integrar esta revisão.

A Figura 1 representada pelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁵ apresenta o fluxo de seleção dos estudos.

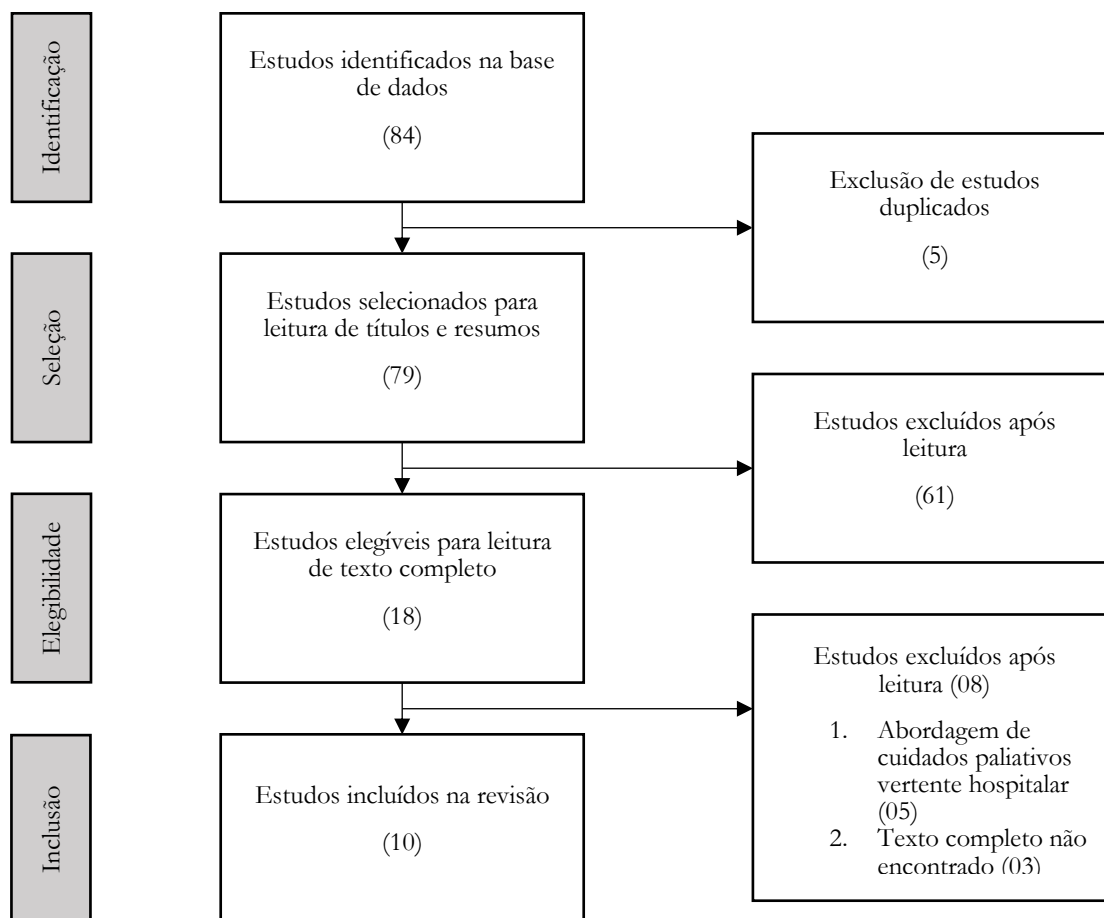


Figura 1 – Fluxograma do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos.

Fonte: Adaptado do PRISMA 2020

Para a análise e síntese dos dez artigos selecionados, utilizou-se uma tabela sinóptica contendo título, ano e país e outro com objetivo(s), método, resultados e recomendações/conclusões (tabela 2).¹⁶

Tabela 2 – Caracterização dos dez artigos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com o título, ano e país

Título	Ano	País
<i>A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients.</i>	1986	EUA*
<i>A comparative cost analysis of terminal cancer care in home hospice patients and controls</i>	1987	Reino Unido
<i>A cost-minimization study of cancer patients requiring a narcotic infusion in hospital and at home</i>	1991	Reino Unido
<i>Home palliative care as a cost-saving alternative: Evidence from Catalonia</i>	2001	Espanha
<i>Cost analysis of a domiciliary program of supportive and palliative care for patients with hematologic malignancies.</i>	2007	Itália
<i>Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer</i>	2010	Reino Unido
<i>Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: The Niagara West End-of-Life Shared-Care Project</i>	2012	Canadá
<i>Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi</i>	2017	Espanha
<i>Comparación directa de los costes sanitarios en los 2 últimos meses de vida en pacientes oncológicos a partir de certificados de defunción en un área periurbana según reciban o no atención en su domicilio por un equipo de cuidados paliativos</i>	2018	Espanha
<i>Early Palliative Home Care versus Hospital Care for Patients with Hematologic Malignancies: A Cost-Effectiveness Study</i>	2020	Itália

Legenda: EUA* – Estados Unidos da América

Os artigos foram categorizados por tema: comparação do custo na atenção domiciliária X serviço hospitalar; custo nos últimos dias-meses de vida; e custo conforme prognóstico da doença. Destaca-se o quantitativo de artigos publicados internacionalmente: três do Reino Unido,¹⁷⁻¹⁹ três da

Espanha,²⁰⁻²² um dos Estados Unidos da América,²³ dois da Itália,²⁴⁻²⁵ um do Canadá, 26 iniciando as publicações em 1986.

A Tabela 3 apresenta dados referentes a análise de custo do paciente oncológico em serviço de atenção domiciliária.

Tabela 3 – Publicações selecionadas referentes à análise de custo de pacientes oncológicos em serviço de atenção domiciliária comparada ao serviço hospitalar

Base	Título / Nível de Evidência	Periódico/ Ano/País/DOI	Objetivo	Principais resultados
Scopus	<i>A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients.</i> Evidência - IV	J Clin Oncol. 1986. Estados Unidos DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.1986.4.10.1521	Comparar prospectivamente os custos do tratamento domiciliário e hospitalar para pacientes com cancro avançado	O tratamento no domicílio apresentou custo diário de US\$ 256 inferior ao custo hospitalar
Science Direct	<i>A comparative cost analysis of terminal cancer care in home hospice patients and controls.</i> Evidência - IV	Journal of Chronic Diseases. 1987. Reino Unido DOI: https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90132-9	Comparar os custos dos últimos 90 dias de vida em 98 pacientes terminais com cancro atendidos por um serviço de atenção domiciliária versus o atendimento hospitalar	Os custos dos cuidados médicos e de enfermagem nas 24 horas no domicílio e suporte para suas famílias apresentaram um custo médio de US\$ 6.477 versus US\$ 6.502 da diária hospitalar
Scopus	<i>A cost-minimization study of cancer patients requiring a narcotic infusion in hospital and at home.</i> Evidência - III	Journal of Clinical Epidemiology. 1991. Reino Unido DOI: https://doi.org/10.1016/0895-4356(91)90043-9	Comparar o custo em dólares canadenses referente ao manejo do cancro em pacientes que necessitaram de infusões de narcóticos no hospital e no domicílio	Os custos médicos foram em média de C\$ 369,72 / dia de internação hospitalar e C\$ 150,24 / dia de atendimento domiciliário (economizando C\$ 219,48 / dia, em 1988). Os custos de narcóticos foram iguais para qualquer paciente em ambos os ambientes
PubMed	<i>Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer.</i> Evidência - IV	Ann Oncol. 2010. Reino Unido DOI: https://doi.org/10.1023/A:1008364401890	Identificar o custo dos atendimentos do domiciliário e o custo do paciente hospitalizado	O custo diário para cada paciente ficou entre US\$ 250 e US\$ 300, metade dos quais são para despesas hospitalares. Um grupo de controle hipotético (n=25) foi construído com base na prática atual e revisão de prontuários custaram cerca de US\$ 750 / dia. Com um período médio de tratamento de 16 dias, isso significa uma economia de US\$ 8.000 por paciente
Scopus	<i>Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: the Niagara West End-of-Life Shared-Care Project.</i> Evidência - IV	Palliative Medicine. 2012. Canadá DOI:10.1177/0269216311433475	Analisar o custo do paciente oncológico em atendimento domiciliário	Os custos para todos os serviços relacionados ao paciente (em 2007) foram C\$ 1.625.658,07 ou C\$ 17.112,19 / paciente, sendo C\$ 117,95 / dia. Observou-se que o atendimento domiciliário é menos dispendioso atendimento hospitalar
Scopus	<i>Early Palliative Home Care versus Hospital Care for Patients with Hematologic Malignancies: A Cost-</i>	Journal of palliative medicine 2020. Italia	Comparar os custos e os resultados entre um atendimento domiciliário paliativo precoce e o atendimento hospitalar para pacientes paliativos	A assistência domiciliária gerou uma economia semanal de 2.314,9 € para o provedor de saúde, com um custo de 85,9 € para a família, e foi custo-efetiva para prevenção de infecções

	<i>Effectiveness Study.</i> Evidência - III	DOI: https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0396	hematológicos iniciais ou em fase terminal	
--	--	---	--	--

Na Tabela 4 são apresentadas as publicações conforme categorização, referentes aos pacientes paliativos no fim de

vida, comparado aos custos do paciente paliativo no hospital.

Tabela 4 – Publicações selecionadas referentes a análises dos custos nos últimos dias-meses de vida do paciente com doença oncológica em serviço de atenção domiciliária

Base	Título / Nível de Evidência	Periódico/Ano/País/ DOI	Objetivo	Principais resultados
Scopus	<i>Home palliative care as a cost-saving alternative: Evidence from Catalonia.</i> Evidência - IV	Palliative Medicine. 2001. Espanha DOI: https://doi.org/10.1191/1/026921601678320250	Comparar os recursos assistenciais consumidos durante o último mês de vida de pacientes em tratamento paliativo que faleceu de cancro	Os custos do atendimento hospitalar foi 71% maior do que o atendimento domiciliário
Scielo	<i>Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi.</i> Evidência - IV	Gaceta Sanitaria. 201. Espanha DOI: https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.005	Analisar a utilização de recursos de saúde e orçamento nos últimos meses de vida da população que morreu de neoplasia maligna no país Autônomo Basco (Espanha)	Pessoas que morreram no hospital tiveram um custo médio de 14.794 € aproximadamente o dobro das pessoas que morreram em casa, e 7.491 €
Science Direct	<i>Comparación directa de los costes sanitarios en los 2 últimos meses de vida en pacientes oncológicos a partir de certificados de defunción en un área periurbana según reciban o no atención en su domicilio por un equipo de cuidados paliativos</i> Evidência - IV	Medicina Paliativa. 2018. Espanha DOI: 10.1016/j.medipa.2017.05.003	Comparar os custos de saúde do atendimento nos últimos dois meses de vida, dos pacientes com doença oncológica avançada, a partir de atestados de óbito, em uma área metropolitana de Madri, dependendo se eles foram ou não monitorados em casa por uma equipe de cuidados domiciliares paliativos	O custo médio por pacientes foi de 3.158 €, independente se monitorados ou não por uma equipe de cuidados paliativos

A Tabela 5 descreve o estudo que abordou o custo conforme o prognóstico da doença.

Tabela 5 – Publicação selecionada referente à análise de custo conforme prognóstico da doença oncológica em serviço de atenção domiciliária

Base	Título / Nível de Evidência	Periódico/Ano/País/ DOI	Objetivo	Principais resultados
Scopus	<i>Cost analysis of a domiciliary program of supportive and palliative care for patients with hematologic malignancies.</i> Evidência - IV	<i>Haematologica</i> . 2007. Itália DOI: https://doi.org/10.3324/haematol.10324	Analisar a utilização de recursos e os custos de um programa de cuidados paliativos domiciliares para quatro diferentes grupos, subdivididos de acordo com o estado da neoplasia hematológica	O custo do programa de atenção domiciliária foi menor do que os encargos, mas excedia as tarifas distritais de pacientes com cancro. Em pacientes hematológicos, os custos diferem de acordo com o estado da doença e requisitos de transfusão

Discussão

Os resultados dos estudos demonstram que a desospitalização de pacientes em cuidados paliativos deve ser prevista por meio de aspectos económicos descritivos e qualitativos. Precisa basear-se na troca e discussão de casos em equipas multidisciplinares, com a participação do paciente e da família, no período que antecede a alta hospitalar, procurando contemplar as possíveis necessidades, caracterizando, desta forma, um processo contínuo, organizado e estruturado. Assim, a utilização dessas condutas possibilitaria atender a todos os elementos necessários para a implementação do procedimento e solucionar as expectativas do paciente e de sua família sobre o cuidado domiciliário.²⁷

Alguns estudos também reforçam que o custo-efetividade e o custo da utilidade são maiores quando se compara a assistência domiciliar e hospitalar, tanto para o paciente quanto para a família, enfatizando que a qualidade de vida dos pacientes e o apoio familiar são maiores.²⁵

Há evidências de que os custos dos cuidados paliativos domiciliares são inferiores aos custos da assistência hospitalar, uma vez que se observou que os cuidados realizados pelas equipas no domicílio contribuem para reduzir as taxas de readmissão hospitalar e o tempo médio de permanência dos pacientes no hospital, além de atenuar o número de intervenções e complicações decorrentes da internamento, tais como infeções nosocomiais.²⁸

Um estudo realizado na Itália demonstrou que os custos dos cuidados paliativos domiciliares para pacientes com neoplasias hematológicas também são menores do que os custos do atendimento hospitalar padrão.²⁶

É importante destacar que, para essa modalidade de cuidado, o consentimento do paciente e/ou familiar é de extrema importância e, apesar da possibilidade de morte ocorrer no domicílio, é necessário que, durante o período de cuidado, o paciente e a família sejam capazes de desenvolver a capacidade de lidar com tal situação.

O plano de cuidados, elaborado pela equipa, deve orientar a família e os cuidadores sobre como cuidar do paciente, pois uma das grandes vantagens observadas no atendimento em domicílio é o fato de este permitir ao indivíduo ter as suas necessidades atendidas na medida de suas preferências, sem ter de seguir a rigidez de regras e horários de um hospital, além de poder desfrutar da vida em família.²

Em cidades da Espanha, a média custo por paciente em um Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES) é substancialmente menor do que no grupo não PADES, com um aumento de 71%.¹⁹ Assim como o acompanhamento, o custo dos pacientes que faleceram no hospital foi de 14.794 €, quase o dobro daquelas que faleceram em casa, conforme avaliação de custo realizado (7.491 €).²¹

Em um estudo realizado no Brasil,²⁹ relacionando o perfil de pacientes assistidos com os custos da assistência domiciliária e na ocorrência de internações hospitalares, os resultados apontam que o custo médio paciente/dia do atendimento domiciliário foi de R\$ 28,26-DP4,10 (US\$ 12.03 – DP1.74), enquanto o custo médio paciente/dia de internamento hospitalar foi de R\$294,46 -DP308,69 (US\$ 125.30 – dp131.36), ou seja, reafirmam que o paciente em cuidados domiciliários de maneira geral, tende a ser menor. A modalidade da atenção domiciliária relativa aos cuidados paliativos faz parte da agenda de discussão da política de saúde para os países latino-americanos que, sendo justificada pelos altos custos das internações hospitalares, procura saída para otimização dos recursos financeiros. Se, por um lado, a atenção domiciliária pode diminuir gastos hospitalares, de outro, pode aumentar os custos do cuidado em saúde na família. Pesquisas mostram que as famílias latinas que usam exclusivamente sistemas públicos para o cuidado médico são aquelas com maior vulnerabilidade económica.³⁰

Os dados verificados nos estudos favorecem o cuidado paliativo oncológico no domicílio, pois além dos custos serem menores, o paciente encontra-se em ambiente familiar, perto dos seus entes queridos, onde poderá sentir-se mais confortável e seguro quando recebe o cuidado. Assim, é importante que os profissionais e futuros profissionais de saúde possam ser capacitados a partir de sua formação para atuar no cuidado domiciliário de pacientes em cuidados paliativos oncológicos, com uma visão para além do processo saúde-doença, e compreendê-lo em seu contexto biopsicossocial.

Sugere-se que novas pesquisas possam ser desenvolvidas, por meio de estudos mais abrangentes, que comparem os custos da assistência domiciliária e hospitalar para pacientes em cuidados paliativos oncológicos, para subsidiar a formulação de políticas públicas efetivas que reforcem a assistência domiciliária e a desospitalização.

Conclusão

Os resultados dos estudos apresentados nesta revisão apontam que os custos do atendimento ao paciente oncológico no ambiente domiciliário são menores do que nos hospitalares, independentemente da fase da doença. A assistência domiciliária também pode ser eficiente na qualidade do acompanhamento ao paciente em seus últimos dias de vida, desde que seja possível para a família (cuidador) oferecer suporte emocional e infraestrutura adequada, bem como tenha o adequado acompanhamento de uma equipa multidisciplinar, favorecido por Políticas Públicas que reforcem a assistência domiciliária e a desospitalização de pacientes em cuidados paliativos oncológicos.

Limitações do estudo

Como limitação para o desenvolvimento desta revisão podemos destacar a escassez de publicações voltadas aos custos relacionados dos cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar, impactando na generalização dos resultados para outras regiões que desempenham este tipo de assistência.

Contribuições autorais

PCV: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

PA: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

MFCB: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

TSM: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

MCFLH: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelos autores.

Referências

- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Câncer. [Internet] Washington: OPAS; 2020 [citado 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do cancro: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020. [citado 09 de maio de 2023]. 112p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf
- World Health Organization (WHO). Palliative care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citado 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer (INCA). A avaliação do paciente em cuidados paliativos. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [citado 09 de maio de 2023]. 284 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 02 de maio de 2022]. 98 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_do_miciliar_primaria_saude.pdf
- Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. 2018 Nov 23 [citado 09 de maio de 2023]; 225 (secção 1): 276. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710-::~text=Dispõe sobre as diretrizes para o Sistema Único de Saúde \(SUS\)](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710-::~text=Dispõe sobre as diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS))
- Ribeiro SZRS, Vidal SA, Oliveira AG, Cavalcante MI, Vicente CD, Lopes LGF. Custos e qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos. Rev enferm UFPE online [internet]. 2018 [citado em 28 de julho de 2023]; 12(6):1688-95. Doi: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234832p1688-1695-2018>
- Etges APBS, Schlatter RP, Neyeloff JL, Araújo DV, Bahia LR, Cruz L, Godoy MR et al. Estudos de microcusteio aplicados a avaliações econômicas em saúde: uma proposta metodológica para o Brasil. J Bras Econ Saúde [internet]. 2019 [citado em 03 de novembro de 2021];11(1):87-95. <http://www.ibes.com.br/images/v11n1/87.pdf>
- Castilho V, Lima AFC, Fugulin FMT. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 171-183.
- Dallora MEL do V, Forster AC. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino: considerações teóricas. Medicina (Ribeirão Preto) [internet]. 30 de junho de 2008 [citado 10 de outubro de 2021];41(2):135-42. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/259>
- Finger D, Souza JB, Madureira VSF, Geremia DS, Tombini LHT. Redes de atenção à saúde: a percepção dos gestores municipais. Rev Enferm Atenção Saúde [internet].

- 2021 [citado 20 de maio de 2022];10(1):e202105. Doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i1.3669>
12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
13. Stern C, Jordan Z, McArthur A. Developing the review question and inclusion criteria. *Am J Nurs* [internet]. 2014 [citado 20 de outubro de 2021];114 (4):53-6. doi: [10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86).
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p. 3-24.
15. Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [internet]. 2021 [citado em 11 de novembro de 2021]; 372(71) doi: [10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
16. Lopes CMM, Galvão CM. Surgical positioning: evidence for nursing care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2010 [citado 20 de novembro de 2021]; 18 (2). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000200021>
17. Gray D, Macadam D, Boldy D. A comparative cost analysis of terminal cancer care in home hospice patients and controls. *Journal Of Chronic Diseases* [internet]. 1987 [citado 23 agosto de 2021]; 40 (8): 801-810. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0021968187901329?via%3Dihub>.
18. Ferris FD, Wodinsky HB, Kerr IG, Sone M, Hume S, Coons C. A cost-minimization study of cancer patients requiring a narcotic infusion in hospital and at home. *J Clin Epidemiol* [internet]. 1991 [citado 12 de janeiro de 2022];44 (3):313-27. doi: [10.1016/0895-4356\(91\)90043-9](https://doi.org/10.1016/0895-4356(91)90043-9).
19. Witteveen PO, van Groenestijn MA, Blijham GH, Schrijvers AJ. Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer. *Ann Oncol* [internet]. 1999 [citado 21 de novembro de 2021];10 (2):161-5. doi: [10.1023/a:1008364401890](https://doi.org/10.1023/a:1008364401890).
20. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliat Med* [internet]. 2001 [citado 21 de novembro de 2021];15(4):271-8. doi: [10.1191/026921601678320250](https://doi.org/10.1191/026921601678320250).
21. Nuño-Solinisa R, Molinab EH, Floresb SL, Mendíac JFO, Cabrera-León A. Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi. *Gaceta Sanitaria* [internet]. 2017 [citado 10 de outubro de 2021];31(6):524-530. <https://doi.org/10.1016/i.gaceta.2016.06.005>
22. Miguel C, Piedra MR, Pérez MG, Ruiz AJG, Babarro AA. Comparación directa de los costes sanitarios en los últimos meses de vida en pacientes oncológicos a partir de certificados de defunción en un área periurbana según reciban o no atención en su domicilio por un equipo de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* [internet]. 2018 [citado 23 de novembro de 2021];25 (4):260-267. <https://doi.org/10.1016/i.medipa.2017.05.003>
23. Vinciguerra V, Degnan TJ, Sciortino A, O'Connell M, Moore T, Brody R, Budman D, Eng M, Carlton D. A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients. *J Clin Oncol* [internet]. 1986 [citado 12 de novembro de 2021];4(10):1521-8. doi: [10.1200/JCO.1986.4.10.1521](https://doi.org/10.1200/JCO.1986.4.10.1521)
24. Cartoni C, Breccia M, Giesinger JM, Baldacci E, Carmosino I, Annechini G et al. Early palliative home care versus hospital care for patients with hematologic malignancies: a cost-effectiveness study. *Journal of Palliative Medicine* [internet.] 2021 [citado 4 de novembro de 2021];24(6):887-893. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0396>.
25. Cartoni C, Brunetti GA, D'Elia GM, Breccia M, Niscola P, Marini MG, Natri A et al. Cost analysis of a domiciliary program of supportive and palliative care for patients with hematologic malignancies. *Haematologica* [internet]. 2007 [citado 6 de novembro de 2021];92(5):666-673. <https://doi.org/10.3324/haematol.10324>.
26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Perfil da assistência oncológica no Brasil entre 2012 e 2016. Informativo Vigilância do Câncer [internet]. 2020 [citado 03 de outubro de 2021];7. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/mecdia/documento/informativo-vigilancia-do-cancer-n7-2020.pdf>.
27. Klinger CA, Howell D, Marshall D, Zakus D, Brazil K, Deber RB. Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: the Niagara West End-of-Life Shared-Care Project. *Palliat Med* [internet]. 2013 [citado 12 de novembro de 2021];27(2):115-22. doi: [10.1177/0269216311433475](https://doi.org/10.1177/0269216311433475)

28. Santos ML, Fonseca F N. Impacto econômico da atuação de equipes consultoras de Cuidados Paliativos inseridas em hospital. HRJ [internet]. 2021 [citado 24 janeiro de 2022];2(11):160-81. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/134>
29. Reis GFM, Soler ZASG , Jerico MC, Maloni AAS, Jericó PC, Jericó PPC. Análise de custos de um serviço de Atenção Domiciliar público e o perfil dos pacientes assistidos. Cienc Cuid Saúde [internet]. 2021 [citado 13 de janeiro de 2022];200. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/58959>
30. Simão VM, Mioto RCT. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. Saúde debate [internet]. 2016 [citado 20 de novembro de 2021]; 40(108):156-169. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080013>

Indicador de qualidade em terapia nutricional na oncologia e a interface com a enfermagem: revisão integrativa

Quality Indicator in Nutritional Therapy in oncology and the interface with nursing: integrative review

Laísa Escobar Sitja¹

orcid.org/0000-0002-1455-072X

Bruna Sodré Simon²

orcid.org/0000-0003-3855-1310

Michelle Cristina Silva de Assis³

orcid.org/0000-0003-2632-5885

Josefine Busanello⁴

orcid.org/0000-0002-9950-9514

Bruna Stamm⁵

orcid.org/0000-0003-4858-7712

¹ Enfermeira. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, Brasil.

² Enfermeira. Doutorado. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, Brasil.

³ Enfermeira. Doutorado. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutorado. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, Brasil.

⁵ Enfermeira. Mestrado. Docente assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, Brasil.

Resumo

Objetivo

Analisar as evidências do Indicador de Qualidade em Terapia Nutricional “volume prescrito *versus* volume infundido de terapia nutricional”, em pacientes oncológicos adultos hospitalizados e as perspectivas para a atuação da enfermagem.

Métodos

Revisão integrativa, realizada no Portal Biblioteca Virtual em Saúde, Base de Dados de Enfermagem, *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature, Excerpta Medica dataBASE, Google Scholar*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *U.S. National Library of Medicine, SciVerse Scopus* e *Web of Science*. Incluíram-se estudos publicados em português, inglês ou espanhol nos anos de 2008 a 2021.

Resultados

Dos nove estudos incluídos, a maioria dos autores eram nutricionistas e/ou acadêmicos de Nutrição (53,8%), seguidos de enfermeiras e/ou acadêmicos de Enfermagem (30,8%). A maioria dos estudos (67%) não atingiu a meta do indicador, sendo investigados em enfermagem clínica e/ou cirúrgica (27,3%) e Unidade de Cuidados Intensivos adulto/geral (27,3%). Os motivos para o não cumprimento da meta do indicador foram relacionados às complicações clínicas e mecânicas do uso da terapia nutricional.

Conclusão

A meta do indicador “volume prescrito *versus* volume infundido de terapia nutricional” não foi atingida na maioria dos estudos, e o paciente oncológico adulto apresenta dificuldades clínicas para atingi-la.

Palavras-chave

Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional; Nutrição enteral; Hospitalização; Neoplasias; Enfermagem.

Abstract

Objective

To analyze the evidence of the Indicator of Quality in Nutritional Therapy “prescribed versus infused volume in nutritional therapy” in hospitalized adult cancer patients and the prospects for nursing practice.

Methods

An integrative review conducted in the Portal Biblioteca Virtual em Saúde, Nursing Database, *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature, Excerpta Medica dataBASE, Google Scholar*, Latin America and the Caribbean Literature on Health Sciences, *U.S. National Library of Medicine, SciVerse Scopus Web of Science*. This research included studies published in Portuguese, English, or Spanish from 2008 to 2021

Como citar este artigo: Sitja LE, Simon BS, Assis MCS, Busanello J, Stamm B. Indicador de qualidade em terapia nutricional na oncologia e a interface com a enfermagem: revisão integrativa. *Pensar Enf* [Internet]. 2023 Dez; 27(1): 123-136. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.265>



Bruna Stamm

E-mail: brunastamm@unipampa.edu.br

Recebido: 06.03.2023

Aceite: 14.09.2023

Results

Of the nine studies included most of the authors were nutritionists and/or nutrition academics (53.8%), followed by nurses and/or nursing academics (30.8%). Most studies (67%) did not reach the indicator target, being investigated in clinical and/or surgical wards (27.3%) and adult/general Intensive Care Units (27.3%). The reasons for not meeting the indicator goal were related to clinical and mechanical complications of the use of nutritional therapy.

Conclusion

The goal of the indicator in “nutritional therapy prescribed versus infused volume” was not achieved in most studies, and the adult cancer patient presents clinical difficulties in achieving it.

Keywords

Quality indicators in Health Care; Quality Indicators in Nutritional Therapy; Enteral Nutrition; Hospitalization; Neoplasms; Nursing.

Introdução

O paciente oncológico adulto hospitalizado, devido às condições clínicas que a doença desencadeia, como alterações metabólicas, distúrbios hormonais e respostas inflamatórias, torna-se mais suscetível a *défices* nutricionais, que se relacionam a aspetos multifatoriais, associados ao tipo de tumor, estadiamento clínico, modalidade terapêutica, características individuais do paciente e recursos humanos e físicos da unidade de internação.^{1,2} Estudos^{3,4} revelam que o paciente oncológico hospitalizado é uma população em risco nutricional com grau de desnutrição de 20% a 80%, principalmente nos idosos em estágio avançado da doença.⁵ Com o intuito de monitorar o estado nutricional do paciente com cancro, diretrizes^{6,7,8} orientam a realização da triagem nutricional no máximo em até 48 horas do período de internação para todos que hospitalizam. Assim, para suprir a demanda nutricional, utiliza-se a Terapia Nutricional (TN), tendo como uma das modalidades terapêuticas a Terapia Nutricional Enteral (TNE). No Brasil, o desenvolvimento da TNE exige uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)⁸, constituída minimamente por médica, enfermeira, nutricionista e farmacêutica. A enfermeira, na EMTN, possui dentre suas atribuições, escolher a via de administração da TNE em conjunto com o médico; proceder e assegurar a colocação da sonda naso/orogástrica ou transpilórica; orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controlo da TNE; e garantir o registo claro e preciso de informações relacionadas à administração e a evolução do paciente.^{9,10} Entretanto, a TNE não é isenta de riscos e de complicações, e com base nessa, é que se elaboraram os Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional (IQTN)¹¹, que tem por objetivo identificar falhas na realização dos procedimentos com o intuito de gerar melhoria na assistência prestada

quando há *défices* de qualidade.¹² No Brasil, o International Life Sciences Institute (ILSI)¹³ elencou 36 IQTNs, objetivando mensurar a assistência prestada, mediante indicadores que traduzem as ações e as operacionalizam para a observação e a avaliação, proporcionando a correção, a redefinição e a melhoria das metas estabelecidas. Na Espanha, a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN),¹⁴ uma das principais sociedades de TN, também fornece instrumentos para medir a qualidade da TNE tanto em unidades de nutrição clínica, como em qualquer situação que um paciente requeira o uso desta terapia. A aplicação periódica dos IQTN destaca-se como uma das principais vias de mensuração da qualidade da TNE em hospitais públicos e privados. A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN)⁹ orienta a aplicação de pelo menos três IQTNs nos serviços de saúde, como forma de monitorar a terapêutica, independentemente do porte e dos recursos humanos dos hospitais, sendo eles: triagem nutricional, frequência de pacientes com intercorrências relacionadas à TN e volume prescrito e volume infundido de TNE.

O IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN” visa avaliar pacientes em TNE que não atingiram a meta nutricional estimada, sendo responsabilidade da enfermagem registrar o seu volume infundido. Em 2018, o ILSI-Brasil¹³ atualizou a lista dos IQTNs, acrescentando o indicador “frequência de dias de administração adequada do volume prescrito *versus* volume infundido em pacientes em TN”, objetivando conhecer a frequência de dias de oferta do volume adequado nos pacientes em TNE. A meta desse IQTN é que pelo menos 80% do volume prescrito de TNE seja infundido.¹³ Estudo realizado pelo ILSI-Brasil¹³ com instituições hospitalares, clínicas e de investigação, destaca que um dos IQTN mais usados é o “volume prescrito *versus* volume infundido de TN”, representado em 81% das instituições participantes da investigação.

Diante do exposto, identifica-se que o paciente oncológico adulto hospitalizado, devido ao seu quadro clínico, apresenta riscos nutricionais tornando-se vulnerável ao tratamento e possíveis intervenções. Apesar do conhecimento científico de que os valores do volume infundido e prescrito de TNE no paciente oncológico sejam discrepantes na prática clínica,^{15,16} há de se atentar à condição de que, além de definir a dieta adequada às necessidades do paciente com cancro, é necessário garantir a forma e a condição que essa alimentação será infundida. Para tanto, incluem-se muitas das responsabilidades que a enfermagem detém nos serviços hospitalares de saúde, sendo responsabilidade da enfermeira o registo do IQTN “frequência de dias de administração adequada ao volume prescrito *versus* volume infundido em pacientes em TNE”. Tal realidade sustenta a importância de explorar essa temática e sua interface com a enfermagem. Assim, objetivou-se analisar as evidências do IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN”, em pacientes

oncológicos adultos hospitalizados e as perspectivas para a atuação da enfermagem.

Métodos

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI),¹⁷ realizada nos meses de maio e junho de 2022, estruturada a partir das Recomendações Internacionais da *Preferred Reporting Items of Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).¹⁸

Inicialmente, com base no acrônimo PICO: ¹⁹ (P) paciente oncológico adulto hospitalizado; (I) TN; (O) IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN” (o elemento comparador ‘C’ foi dispensado), formulou-se a questão de revisão: “o que a literatura versa sobre o IQTN volume prescrito *versus* volume infundido de TN de responsabilidade da enfermagem, no cuidado ao paciente oncológico adulto hospitalizado?”. O protocolo de revisão não foi publicado.

Em relação aos critérios de elegibilidade, definiram-se: artigos originais; gratuitos disponíveis *online* na íntegra; nos

idiomas português, inglês ou espanhol; indexados no Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), *Excerpta Medica dataBASE* (Embase), *Google Scholar*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *U.S. National Library of Medicine* (PubMed), *SciVerse Scopus* (SCOPUS) e *Web of Science*; realizados com pacientes adultos oncológicos hospitalizados em uso de TNE e publicados de 2008 a 2021. Justifica-se o recorte temporal pela incorporação do IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido” em 2008 pelo ILS¹¹, mesmo que, possivelmente, o volume de TN tenha sido monitorado por outros estudos em anos anteriores ao estipulado nesta revisão. Em seguida, procedeu-se à identificação dos descritores ou termos associados conforme o acrônimo PICO²⁰ e a estratégia de busca foi adaptada para cada fonte de informação, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégias de busca de acordo com cada fonte de informação. Uruguiana, RS, Brasil, 2022.

Base de informação	Estratégia
BVS	("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Feeding Tube, Gastric" OR "Feeding Tubes, Gastric" OR "Feeding, Enteral" OR "Feeding, Tube" OR "Gastric Feeding Tube" OR "Gastric Feeding Tubes" OR "Nutrition, Enteral" OR "Tube Feeding" OR "Tube, Gastric Feeding" OR "Tubes, Gastric Feeding" AND ("nutrition therapy" OR "medical nutrition therapy" OR "nutrition therapy, medical" OR "therapy, medical nutrition" OR "therapy, nutrition") AND (volumen OR prescription OR administration) AND (db:("IBECS" OR "LILACS" OR "BDENF" OR "BIGG" OR "LIPECS" OR "coleccionaSUS")) AND (year_cluster:[2008 TO 2021])
BDENF	("nutrição enteral" OR "alimentação enteral" OR "alimentação por sonda" OR "alimentação por tubo" OR "Terapia Nutricional") AND ("Indicador de Qualidade" OR "Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde")
CINAHL	TX (enteral nutrition or enteral feeding or tube feeding) AND TX (quality indicators or qi) AND TX (neoplasms or oncology or cancer)
Embase	(neoplasms OR 'benign neoplasm' OR 'benign neoplasms' OR cancer OR cancers OR malignancies OR malignancy OR 'malignant neoplasm' OR 'malignant neoplasms' OR neoplasm OR 'neoplasm, benign' OR 'neoplasm, malignant' OR 'neoplasms, benign' OR 'neoplasms, malignant' OR 'medical oncology' OR 'oncology, medical') AND ('enteral nutrition':ti,ab,kw OR 'enteral feeding':ti,ab,kw OR 'feeding tube, gastric':ti,ab,kw OR 'feeding tubes, gastric':ti,ab,kw OR 'feeding, enteral':ti,ab,kw OR 'feeding, tube':ti,ab,kw OR 'gastric feeding tube':ti,ab,kw OR 'gastric feeding tubes':ti,ab,kw OR 'nutrition, enteral':ti,ab,kw OR 'tube feeding':ti,ab,kw OR 'tube, gastric feeding':ti,ab,kw OR 'feeding tube':ti,ab,kw) AND ('quality indicators, health care':ab,ti OR 'quality indicators':ab,ti OR 'quality indicator':ab,ti OR 'healthcare quality indicator':ab,ti OR 'healthcare quality indicators':ab,ti OR 'indicator, healthcare quality':ab,ti OR 'indicators, healthcare quality':ab,ti OR 'quality indicator, healthcare':ab,ti OR 'quality indicators, healthcare':ab,ti)
Google Scholar	(neoplasias OR câncer OR tumor) AND ("nutrição enteral" OR "Alimentação por Sonda" OR "Alimentação por Tubo" OR "Sondas Gástricas") AND ("Indicador de qualidade" OR "Indicadores de qualidade")
Lilacs	("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Tube Feeding" OR "Feeding, Tube" OR "Feeding Tube, Gastric" OR "Feeding Tubes, Gastric") AND ("Quality Indicators" OR "Quality Indicator" OR "Quality Indicators, Healthcare" OR "Quality Indicator, Healthcare") AND (db:("LILACS")) AND (year_cluster: [2008 TO 2021])
PubMed	("Quality Indicators, Health Care" OR "Quality Indicators, Healthcare" OR "Healthcare Quality Indicator" OR "Healthcare Quality Indicators" OR "Indicators, Healthcare Quality") AND ("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Feeding, Enteral" OR "Tube Feeding" OR "Feeding, Tube" OR "Gastric Feeding Tubes" OR "Feeding Tube, Gastric" OR "Gastric Feeding Tube" OR "Tube, Gastric Feeding")
Scopus	(ALL (neoplasms OR neoplasm OR cancer OR cancers OR tumor OR tumors OR oncology) AND TITLE-ABS-KEY ("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Tube Feeding" OR "Feeding, Tube" OR "Feeding Tube, Gastric" OR "Feeding Tubes, Gastric") AND TITLE-ABS-KEY ("Quality Indicators" OR "Quality Indicator" OR "Quality Indicators, Healthcare" OR "Quality Indicator, Healthcare"))

<i>Web of science</i>	("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Tube Feeding" OR "Feeding, Tube" OR "Feeding Tube, Gastric" OR "Feeding Tubes, Gastric") (Todos os campos) AND ("Quality Indicators" OR "Quality Indicator" OR "Quality Indicators, Healthcare" OR "Quality Indicator, Healthcare") (Tópico)
-----------------------	--

Na sequência, procedeu-se à leitura em duplicata, dos títulos e resumos, para seleção dos artigos que atendessem aos critérios de elegibilidade. Para qualificar o processo metodológico, os estudos passaram pela análise de duas revisoras académicas do curso de Enfermagem, as quais posteriormente à seleção, discutiram e compararam seus resultados. Uma terceira revisora, investigadora da área da NE, foi consultada nos casos de discordância entre as revisoras iniciais. Por fim, ocorreu a análise dos artigos na íntegra, concluindo-se a fase de seleção dos estudos. O banco de dados dos estudos foi organizado no *Microsoft Excel*[®].

Para apresentar os estudos que compõem o *corpus* analítico, foi elaborado um quadro de caracterização, contendo: título, referência, objetivo, delineamento e nível de evidência.¹⁹ Também, um quadro com os resultados do IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN” é descrito, com a perspetiva de sumarizar para a enfermagem as características dos estudos conforme aqueles que atingiram ou não a meta

do indicador, com as informações: tipo de cancro, unidade hospitalar, estrutura para terapia, características da NE, tempo de permanência da TNE, meta do indicador adotado, valores do indicador e motivos de interrupção da NE (quando mencionados).

Resultados

Conforme as estratégias de busca definidas para cada base de informação, identificou-se o total de 602 publicações. Após a exclusão de 96 duplicatas, restaram 506 estudos, dos quais 238 foram avaliados conforme os critérios de elegibilidade, sendo que 24 foram selecionados para leitura na íntegra. Dos 24 estudos, 11 foram excluídos, restando nove estudos incluídos para a revisão. A descrição e seleção dos estudos tiveram como base o PRISMA¹⁵ e encontram-se ilustradas na Figura 1.

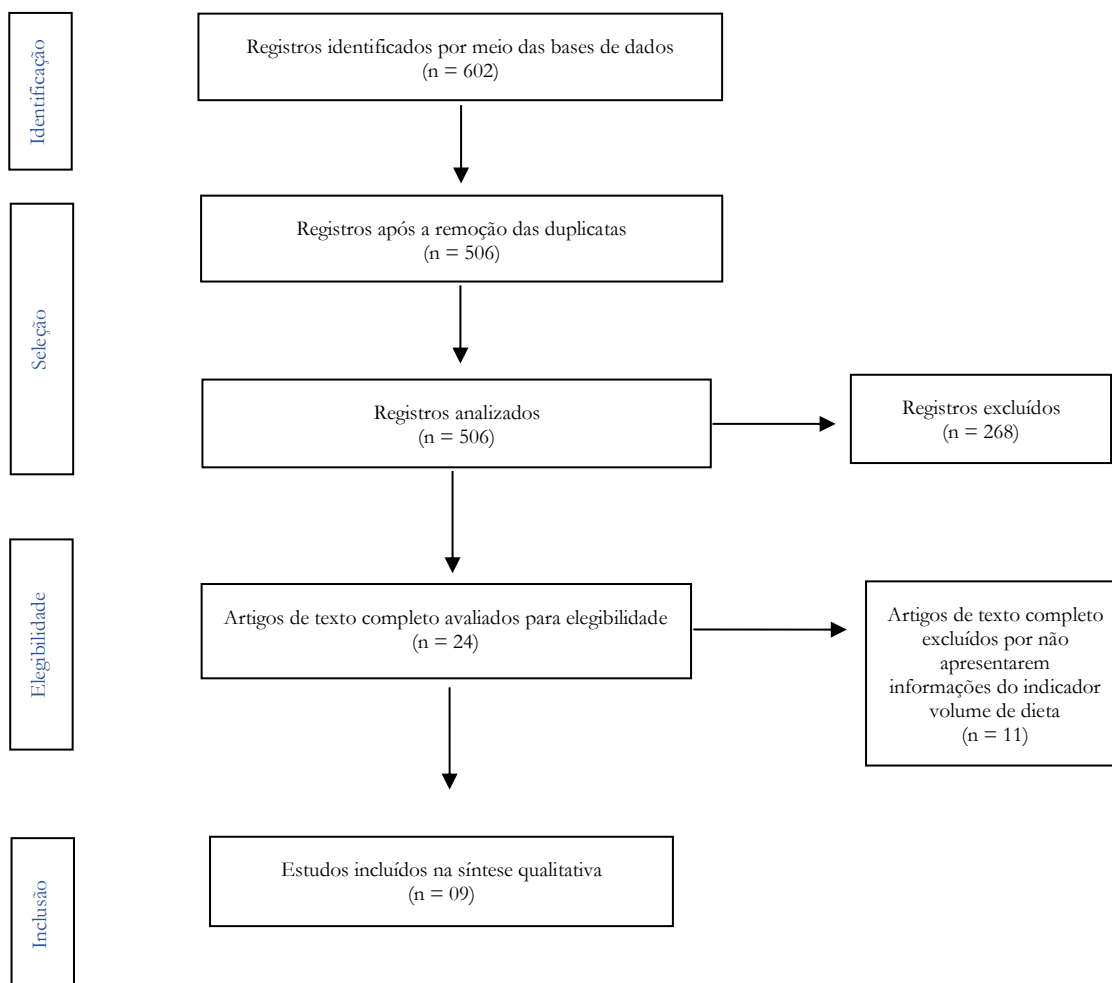


Figura 1 - Fluxograma da seleção de estudos selecionados na revisão. Uruguaiiana, RS, Brasil, 2022.

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:[10.1371/journal.pmed1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097)
 For more information, visit www.prisma-statement.org.

Dos nove estudos selecionados, identificou-se que os anos de publicação com maiores registos foram 2017 (n=4) e 2020 (n=2). O perfil dos autores, maioritariamente, foi de nutricionistas e/ou académicos de Nutrição (n=7; 53,8%), enfermeiras e/ou académicos de Enfermagem (n=4; 30,8%) e médicos (n=2; 15,4%). O delineamento, em sua maioria,

foi de estudos prospetivos (n=6; 66,7%) e retrospectivos (n=3; 33,3%), de caráter descritivo (n=4; 44,4%) e/ou observacional (n=5; 55,6%), com nível de evidência N6 (n=8; 89%). Os participantes dos estudos somaram 1.371 pacientes, sendo 438 relativos aos pacientes oncológicos, pois a maioria dos estudos incluiu em sua amostra pacientes com outras condições clínicas, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos selecionados para a revisão. Uruguaiiana, RS, Brasil, 2022.

Título/Ano/País de origem do estudo	Perfil dos autores	Objetivo	Delineamento/Nível de evidência	Amostra
Caloric and Protein Infusion versus Dietary Prescription in Enteral Nutritional Therapy for Cancer Patients/ 2021/ Brasil ⁽²¹⁾	Nutricionistas e académicas de nutrição	Comparar a infusão calórica e proteica com a prescrição dietética em pacientes oncológicos sob TNE	Retrospectivo analítico observacional N6	120 prontuários de pacientes oncológicos
High Frequency of Non-Compliance with Quality Indicators of Enteral and Parenteral Nutritional Therapy in Hospitalized Patients/ 2020 / Brasil ⁽²²⁾	Nutricionistas	Avaliar a frequência de adequação do IQTN em pacientes clínicos e cirúrgicos durante a NE ou NP	Prospetivo descritivo N6	727 prontuários de pacientes oncológicos
Indicadores de qualidade da terapia nutricional enteral são ferramentas úteis para o monitoramento em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos?/ 2020 / Brasil ⁽²³⁾	Nutricionistas	Aplicar os indicadores de qualidade da TNE em pacientes com cancro avançado em cuidados Paliativos	Prospetivo descritivo observacional quantitativo N6	51 pacientes oncológicos
Accidental enteral feeding tube dislodgement with the use of a dedicated feeding tube attachment device versus adhesive tape as the securing method: a randomized clinical trial/2019 / Brasil ⁽²⁴⁾	Docentes Enfermeiras e Médicas	Avaliar o impacto do uso do dispositivo de fixação do tubo de alimentação (FTAD) comparado ao método tradicional de fixação com fita adesiva na ocorrência de deslocamento acidental da sonda de alimentação enteral	Prospetivo ensaio clínico randomizado, de centro único, não cego N3	104 pacientes oncológicos
Dieta enteral prescrita versus dieta infundida/2017 / Brasil ⁽²⁵⁾	Nutricionistas	Avaliar o volume prescrito de dieta enteral versus o volume infundido, identificando as causas de interrupção da dieta e gastos gerados por essas interrupções	Retrospectivo observacional N6	27 prontuários de pacientes oncológico
Quality control of enteral nutrition therapy in cancer patients at nutritional risk/ 2017 / Brasil ⁽²⁶⁾	Nutricionistas e Médicos	Analisar a adequação e qualidade da TNE utilizada em pacientes com diagnóstico de cancro e em tratamento em hospitais públicos especializados aplicando IQTN	Prospetivo observacional descritivo N6	211 prontuários de pacientes oncológicos

Causa de interrupção de nutrição enteral em unidades de terapia intensiva/ 2017 / Brasil ⁽²⁷⁾	Nutricionistas e Enfermeiras	Identificar as causas de interrupção da administração da NE em pacientes internados em UCIs hospital universitário	Prospetivo, observacional quantitativo N6	53 prontuários de pacientes 6 oncológicos
Monitoramento da Terapia Nutricional Enteral em Unidade de Terapia Intensiva: Adequação calórico proteica e sobrevida/ 2017 / Brasil ⁽²⁸⁾	Nutricionistas	Avaliar o estado nutricional em pacientes admitidos na UCI, monitorar a TNE, identificar as causas de interrupção da dieta enteral	Prospetivo observacional N6	32 pacientes 1 oncológico
Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral/ 2014 / Brasil ⁽²⁹⁾	Acadêmicas de Enfermagem, Docente Enfermeira	Verificar a ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso de NE em pacientes de um hospital público	Retrospectivo exploratório longitudinal descritivo N6	46 prontuários 12 oncológicos

TNE: Terapia Nutricional Enteral; NE: Nutrição Enteral; NP: Nutrição Parenteral; UCI: Unidade de Cuidados Intensivos; IQTN: Indicador de Qualidade em Terapia Nutricional.

Fonte: elaboração própria.

Quando sumarizados os estudos que atingiram ou não a meta do IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN”, identificou-se que a maioria dos estudos (n=6; 67%) não atingiu sua meta. Dentre os motivos para o não cumprimento da meta, são descritas complicações

gastrointestinais, mecânicas e respiratórias pelo uso da TN, conforme disposto no Quadro 3.

Quadro 3 - Caracterização do IQTN “Frequência de dias de administração adequada do volume prescrito versus volume infundido em pacientes em terapia nutricional”, de acordo com a meta (ILSI, 2018). Uruguaiana, RS, Brasil, 2022.

	Estudo	Tipo de cancro	Unidade hospitalar	Estrutura para TNE	Características da TNE	Tempo de permanência da TNE	Meta do indicador aplicado pela instituição	Resultados do indicador	Motivos da interrupção da TNE*
Atingiram a meta do indicador	⁽²³⁾	Cabeça e pescoço, TGI, Mama, Pulmão	Unidade de cuidados paliativos	Possui EMTN	Sonda transpilórica	488 dias	≥ 80%	Adequação do volume prescrito e infundido: 92,6%	Complicações gastrointestinais, Mecânicas, Respiratórias, Outros**
	⁽²⁷⁾	Não descrito	UCI geral e cardiológica	Possui EMTN	Sonda transpilórica	16,6 ± 12,2 dias	≥ 70%	Adequação do volume prescrito e infundido: 82,7%	Complicações gastrointestinais Mecânicas, Metabólicas, Outros**
	⁽²⁸⁾	Não descrito	UCI adulto	Possui EMTN	Sonda transpilórica e nasogástrica	Média 20,5 dias	≥ 70%	Adequação do volume prescrito e infundido: 72,6%	Complicações gastrointestinais, Mecânicas, Outros**

Não atingiram a meta do indicador	(21)	Cabeça e pescoço, Trato gastrointestinal, Ginecológico e mama, Aparelho reprodutor masculino	UCI adulto	Não possui EMTN	Sonda transpilórica	4 dias	≥ 80%	Média (diferença de volumes) Dia 1: -477,0 Dia 2: -298,0 Dia 3: -261,4 (pico máximo) Dia 4: -445,9 Adequação do volume prescrito e infundido: 62,5%	Complicações gastrointestinais, Mecânicas
	(24)	Não descrito	Enfermaria clínica	Não possui EMTN	Sonda transpilórica	16 dias	≥ 70%	Adequação do volume prescrito e infundido: 58,5%	Complicações mecânicas
	(25)	Cancro de laringe	UCI adulto	Não possui EMTN	Dieta industrializada por bomba de infusão	5 dias	≥ 70%	Dia 1: 741,5 - 498,6; Dia 2: 741,5 - 587,3; Dia 3: 923,1 - 472,5; Dia 4: 846,2 - 401,2; Dia 5: 769,2 - 351,5. Média do volume prescrito: 804,3/462,2	Complicações gastrointestinais, Mecânicas
	(26)	Cabeça e pescoço, Gastrointestinal, Torácico, Ginecológico, Urológico, Linfoma/leucemia/mieloma	Enfermaria clínica (tratamento para complicações do cancro e/ou quimioterapia e radioterapia)	Possui EMTN	Sonda transpilórica Dieta em sistema fechado, por bomba de infusão	9,7 ± 7 dias	≥ 80%	Adequação do volume prescrito e infundido: 74,3%	Complicações gastrointestinais
	(29)	Não descrito	UCI adulto e clínica médica	Possui EMTN	Sonda naso/orogástrica Dieta por bomba de infusão	3-30 dias	≥ 70%	Média da diferença do volume de dieta recebida (estimado - recebido): 176,4 ml	Complicações gastrointestinais, Mecânicas
	(22)	Não descrito	Enfermaria clínica e cirúrgica	Possui EMTN	Sonda transpilórica	7,41 ± 14,22 dias	≥ 90%	Adequação do volume prescrito e infundido: 66,7%	Complicações gastrointestinais, Mecânicas

TNE: Terapia Nutricional Enteral; NE: Nutrição Enteral; UCI: Unidade de Cuidados Intensivos; EMTN: Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional.

*Motivos da interrupção da NE descritas nos estudos foram classificados em: (a) complicações gastrointestinais: vômito, distensão abdominal, diarreia, refluxo, êmese, resíduo gástrico jejum para exames ou procedimentos, sangramento volumoso, melena, intolerância gastrointestinal; (b) complicações mecânicas: obstrução de sonda, saída inadvertida da sonda, extravasamento da dieta, atraso da entrega da NE, extubação, procedimentos/exames/cirurgias e erros na administração da dieta; (c) complicações respiratórias: broncoaspiração; (d) complicações metabólicas: instabilidade hemodinâmica.

**Outros: recusa do paciente, piora clínica, falta de protocolo de TNE, cuidados ao fim de vida e óbito.

Discussão

De acordo com o objetivo da presente revisão, o IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN” na oncologia foi pouco investigado na literatura, e o paciente oncológico adulto hospitalizado apresenta dificuldades clínicas para atingir sua meta. Para a enfermagem, a sumarização das informações do IQTN investigado torna-se importante no sentido de direcionar, estrategicamente, o cuidado para a necessidade de nutrição do paciente oncológico, com vistas a otimizar o tratamento e garantir melhor qualidade de vida.³⁰

A revisão identificou que o perfil de autores foi composto maioritariamente por nutricionistas,^{21-23,25-28} apesar do indicador em análise ser de responsabilidade de monitoração da enfermagem.¹³ No Brasil, legislação específica³¹ normatiza a atuação da equipe de enfermagem na sondagem oro/nasogástrica e transpilórica, e evidencia o papel crucial da enfermeira no processo de instalação do dispositivo, escolha da via de administração em conjunto com o médico, além do registo, avaliação do paciente e monitoração das intercorrências. Entretanto, quando se trata da área da NE, há uma crescente linha de investigações conduzidas por enfermeiras direcionadas aos cuidados em relação às técnicas assertivas de posicionamento da sonda,³² administração segura da NE³³ a monitoração das intercorrências³⁴ e de protocolos de enfermagem para TNE.³⁵

A literatura científica já descreve que pacientes oncológicos hospitalizados possuem algum grau de desnutrição,^{5,36} e que a TNE é um dos principais recursos terapêuticos para o tratamento e prognóstico desses.^{37,38} Além disso, o cancro é uma das principais doenças de base de pacientes adultos hospitalizados no Brasil.³⁹

No *corpus* analítico em que a meta do IQTN não foi atingida,^{21-26,29} os cancros mais prevalentes foram cabeça e pescoço,^{21,26} trato gastrointestinal,^{21,26} ginecológico^{21,26} e urológico.^{21,29} Naqueles que atingiram a meta,^{23,27,28} os cancros mais identificados foram cabeça e pescoço,²³ trato gastrointestinal,^{23,27} mama^{23,28} e pulmão.^{23,24} Esses achados corroboram outros estudos brasileiros,^{40,41} que também identificaram a prevalência desses tipos de cancro nos pacientes hospitalizados. Tal situação reflete as estatísticas e as estimativas do cenário oncológico do Brasil, no qual identifica os cancros de mama e gastrointestinal como os mais prevalentes na população brasileira.⁴²

Ainda, identificou-se que a maioria dos estudos não conseguiu atingir a meta do IQTN investigado.^{21-26,29} Tal realidade permite a reflexão: Seriam as especificidades do tumor e do tratamento, como também as repercussões nutricionais desencadeadas no paciente oncológico,^{37,38} que poderiam condicionar o prognóstico do tratamento e suas repercussões? Com a realização desta revisão, verificou-se que a oferta nutricional ao paciente com cancro

hospitalizado por via enteral não tem garantido a infusão adequada/total do volume prescrito de NE, e assim, pode-se supor que tal via não seja a mais adequada a esses pacientes, e que a via parenteral possa se mostrar mais efetiva, visto a debilidade clínica do paciente com cancro ao longo do seu tratamento. Logo, é fundamental que a enfermagem, juntamente com a EMTN, seja capaz de reconhecer tais especificidades, e direcionar um plano de cuidado singular, a fim de, minimamente, proporcionar adequado suporte nutricional.⁴³ Tal resultado é relevante no contexto das práticas da enfermagem, uma vez que, ao assistir o paciente oncológico, dentro das suas necessidades humanas básicas, a alimentação deve ser priorizada para contribuir no tratamento.^{38,44}

O IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN” reflete a evolução e a qualidade da assistência nutricional, e para que o paciente oncológico consiga receber o volume de NE prescrito, vários fatores são fundamentais, como a adequada prescrição dietética, a apropriada via de administração de NE, a qualidade do dispositivo de NE, a monitoração e o controlo de intercorrências.¹³ Diante disso, investigações^{32,33,35} revelam o engajamento e o protagonismo da enfermagem na área da NE, com resultados promissores quanto às Boas Práticas na Administração da NE (BPANE).⁴⁵ Em estudo desenvolvido em Israel⁴⁶ enfermeiras conduziram um protocolo para abordar e corrigir as deficiências da NE em uma UCI, sendo que a alimentação foi iniciada significativamente mais cedo ($p = 0,007$) no grupo de intervenção (52,3 horas; DP, 42,6) do que no grupo controlo (70,3 horas; DP, 65,2). A utilização do protocolo resultou em aumento significativo da ingestão nutricional em 90% no grupo de intervenção.

Nos estudos que não atingiram a meta do IQTN^{21-26,29} identificou-se que as unidades hospitalares investigadas eram clínicas e/ou cirúrgicas,^{22,24,26} UCI adulto/geral^{21,25,29} e clínica médica,²⁹ e somente três dessas instituições^{22,26,29} possuíam EMTN. Nos hospitais que atingiram a meta do indicador, eram UCI geral/adulto,^{27,28} UCI cardiológica²⁷ e unidade de cuidados paliativos.²³ Nesses cenários, o paciente oncológico já se encontra em um quadro de *stress* metabólico que desencadeia inúmeros défices nutricionais, os quais resultam no aumento das necessidades nutricionais.^{1,2} Assim, analisa-se que, mesmo em unidades hospitalares fechadas/controladas, como a UCI, e o fato de a instituição hospitalar possuir EMTN, não se garante a efetividade da TNE para o paciente oncológico adulto, o que gera, minimamente, um movimento de (re)pensar as práticas da enfermagem em TNE nessas unidades assistenciais. Portanto, especialmente em populações específicas, a meta do IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN” pode-se apresentar acima do que o paciente com cancro é capaz de receber, e que as condições clínicas desses pacientes devem ser avaliadas para a mensuração da meta do indicador.

Quanto ao tempo de permanência da NE e o IQTN, constatou-se que nos estudos em que a meta não foi atingida, os pacientes oncológicos usaram a NE, em média, por mais de cinco dias,^{22,24,26,29} corroborando um estudo⁴⁷ em um hospital oncológico, no qual se identificou que nenhum dos pacientes (n=96) conseguiu atingir o volume prescrito de NE, nos sete dias de NE exclusiva. As metas do indicador para esses estudos alternam entre $\geq 70\%$,²⁴⁻²⁶ $\geq 80\%$ ^{21,26} e $\geq 90\%$,²² indicando que ora as instituições brasileiras seguem as diretrizes do ILSI Brasil,¹³ ora estipulam sua própria meta de acordo com as características da unidade hospitalar. Para as instituições que adotam metas distintas (diga-se, mais elevadas) da preconizada em diretriz,¹³ é necessário estrutura assistencial planejada, boas práticas de saúde e implementação de protocolos.¹³ Desse modo, um dos elementos fundamentais para bons resultados é possuir EMTN, nas quais realizam desde a avaliação nutricional adequada,³⁶ a escolha do dispositivo correto,⁴⁸ o início precoce da NE,³⁹ a monitorização de complicações da NE,³⁴ a aplicação de IQTN⁴⁹ e as ações de educação permanente.^{35,43,50}

Já entre aqueles estudos que foram capazes de atingir a meta, o tempo de permanência da NE nos pacientes oncológicos foi maior que cinco dias,^{23,27,28} evidenciando a existência de uma relação proporcional entre o tempo e a capacidade de se alcançar a adequação do volume prescrito.⁴⁷ Tal situação pode ser explicada porque nos primeiros dias de hospitalização os pacientes oncológicos tendem a apresentar um quadro clínico instável, maior exposição aos procedimentos e intervenções de saúde, e um plano de cuidado ainda em definição e adaptação.⁴⁸ Portanto, atingir a frequência de dias de NE requer mais tempo de sua administração. Já as metas adotadas por essas instituições variaram entre $\geq 70\%$,^{27,28} e $\geq 80\%$,²⁶ seguindo as diretrizes do ILSI-Brasil e suas reformulações.¹³

A repercussão clínica nos pacientes oncológicos que recebem menor volume de NE é suscitada em distintos estudos,³⁻⁶ os quais demonstram que não atingir a meta da NE está correlacionado com piores desfechos clínicos, como infecção⁴ e complicações^{3,5,6} durante a internação hospitalar. Neste sentido, a reflexão que necessita ser feita reside em tentar minimizar a discrepância entre o planejamento nutricional e a efetivação deste plano. Para a enfermagem, cabe garantir que o volume prescrito seja adequadamente infundido, e para isso é necessário capacitar a equipe de enfermagem quanto às habilidades e competências que subsidiam o cuidado qualificado com a NE e a segurança do paciente.⁵¹

Um dos motivos pelos quais o volume prescrito de NE não é infundido em sua totalidade no paciente oncológico adulto está associado a complicações de caráter gastrointestinais, metabólicas, mecânicas e respiratórias. Tanto nos estudos que atingiram quanto nos que não atingiram a meta do indicador, os motivos de maior complicação da NE foram gastrointestinais.^{21-23,25-29} Logo, observa-se que o principal elemento que faz o paciente com cancro não conseguir atingir o volume prescrito de TNE está atrelado a sua fragilidade clínica, que desencadeia as complicações gastrointestinais, afetando diretamente o volume de NE que o paciente deve receber. Ou seja, as dificuldades clínicas do paciente com cancro afetam diretamente o volume de NE infundido, e não somente os processos do IQTN em si.

Há mais de uma década as enfermeiras desenvolvem investigações em diferentes perfis de pacientes^{39-40,50-51} para monitorar as complicações pelo uso da NE. Em uma coorte prospectiva⁵² 157 pacientes de UCI foram acompanhados diariamente durante os primeiros dez dias de internação, e entre os que receberam e não receberam NE, complicações como diarreia e necessidade de decompressão gástrica foram mais frequentes no grupo NE (39,7 % *vs.* 11,7 %, $p < 0,001$ e 34 % *vs.* 13,3 %, $p = 0,004$, respectivamente). Portanto, torna-se necessária a constante reavaliação das práticas de cuidados com a NE, desde a avaliação da formulação da dieta, as características da administração da NE, o posicionamento correto da sonda e o modo de infusão contínua.⁵³

Dentre as limitações da presente revisão, encontram-se a busca somente no idioma português realizada no Google Acadêmico e o critério de elegibilidade de estudos originais completos disponíveis *online* na íntegra, que podem ter limitado o número de estudos revisados e/ou incluídos.

Conclusão

Este estudo permitiu analisar as evidências do IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN” no paciente oncológico adulto hospitalizado, revelando que, na maioria dos estudos, a meta do indicador não foi atingida, e que o paciente apresenta dificuldades clínicas para atingi-la. A qualidade da assistência nutricional a esse estrato populacional permeia a articulação entre os cuidados de enfermagem e o indicador analisado.

Em suma, os resultados desta revisão apontam para os aspectos do IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN” no paciente oncológico adulto hospitalizado que fragilizam sua adequação, e as reflexões sobre os cuidados de enfermagem que podem ser realizados em âmbito hospitalar, para melhorar as BPANE, auxiliando as enfermeiras no desenvolvimento das competências necessárias para a tomada de decisão clínica. Ainda, as evidências suscitadas neste estudo, sobre a interface das práticas da enfermagem com o IQTN investigado, podem contribuir para o planejamento do suporte nutricional individual ao longo do curso da doença, fomentando a importância da enfermagem nos vários aspectos do cuidado ao paciente oncológico em uso de TNE. Também se sugere que novas investigações sejam desenvolvidas para avaliar, através do IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN” quais dificuldades institucionais contribuem para que o paciente oncológico não receba o volume adequado de NE.

Além disso, o IQTN “volume prescrito *versus* volume infundido de TN” foi apresentado na literatura por diferentes resultados (ora percentual, ora média), o que dificulta a comparação entre eles. Outra questão refere-se aos estudos que incluíam em sua amostra pacientes com outras condições clínicas, não exclusivamente oncológicos, nos quais, por momentos, não foi possível fragmentar/selecionar os valores do indicador por condição, o que pode ter indicado maior impacto negativo dos resultados do IQTN investigado.

Contribuições autorais

L. S. E - Conceção e desenho do estudo; recolha de dados; análise e interpretação dos dados; análise estatística; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

B. S. S - Conceção e desenho do estudo; elaboração do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

M. C. S. A - Revisão crítica do manuscrito.

J. B - Revisão crítica do manuscrito.

B. S - Conceção e desenho do estudo; recolha de dados; análise e interpretação dos dados; análise estatística; obtenção de financiamento; rafting do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelas autoras.

Referências

- Virizuela JA, Cambolor-Álvarez M, Luengo-Pérez LM, Grande E, Álvarez-Hernández J, Sendrós-Madroño MJ, et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: an expert consensus report. *Clin Transl Oncol* [Internet]. 2017 [citado 12 de Março de 2021];20(5):619-29. Available from: 10.1007/s12094-017-1757-4
- Ma Y, Temkin SM, Hawkrigde AM, Guo C, Wang W, Wang XY, et al. Fatty acid oxidation: An emerging facet of metabolic transformation in cancer. *Cancer Lett* [Internet]. 2018 [citado 12 de Março de 2021]; 435: 92–100. Available from:10.1016/j.canlet.2018.08.006
- Lima JS, Pontes DL, Miranda TV. Avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer em um hospital da cidade de Belém/Pará. *BRASPEN J* [Internet]. 2018 [citado 12 de Março de 2021];33(2):166-70. Available from: <http://arquivos.braspen.org/journal/abr-mai-jun-2018/09-AO-Avaliacao-do-estado-nutricional.pdf>
- Sánchez JA, Trochez MEA, Ramos L, Amaya A, Mejfa M, Murillo M, et al. Estado nutricional de pacientes diagnosticados con câncer, Hospital General San Felipe, Honduras. *Rev. Fac. Cienc. Méd* [Internet]. 2018 [citado 12 de Março de 2021];15(1):10-19. Available from: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2018/pdf/RFCMVol15-1-2018-3.pdf>
- Prockmann S, Freitas AHR, Ferreira MG, Vieira FGK, de Salles RK. Evaluation of diet acceptance by patients with haematological cancer during chemotherapeutic treatment. *Nutri Hosp.* [Internet] 2015 [citado 12 de Março de 2021];32(2):779-84. Available from: 10.3305/nh.2015.32.2.8958
- Braspen Journal. Diretriz Braspen de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer e Braspen recomenda: Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional. *BRASPEN J* [Internet]. 2019 [citado 30 de Abril de 2022];34(1). Available from: https://www.braspen.org/_files/ugd/a8daef_19da407c192146e085cdf67dc0f85106.pdf
- Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer, *Clin Nutr* [Internet]. 2021 [citado 30 de Abril de 2022];40: 40: 2898-2913. Available from: <https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN-practical-guideline-clinical-nutrition-in-cancer.pdf>
- August DA, Huhmann MB. ASPEN: Nutrition Support Therapy During Adult Anticancer Treatment and in Hematopoietic Cell Transplantation. *JPEN* [Internet]. 2009 [citado 30 de Abril de 2022]; 33(5): 472 – 500. Available from: <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1177/0148607109341804>
- Braspen Journal. Diretriz BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. *BRASPEN J* [Internet]. 2021 [citado 05 de Maio de 2022];36(3):2-62. Available from: https://www.braspen.org/_files/ugd/66b28c_8ff5068bd2574851b9d61a73c3d6babf.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 503, de 27 maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2021 [citado 03 de Agosto de 2022]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0503_27_05_2021.pdf
- Waitzberg DL. Indicadores de qualidade em terapia nutricional. 1 ed. São Paulo: ILSI Brasil; 2008.
- Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital Malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A Study of 4000 Patients. *Nutrition* [Internet]. 2001 [citado 03 de Agosto de 2022];17(7-8):573-80. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0899-9007\(01\)00573-1](https://doi.org/10.1016/S0899-9007(01)00573-1)
- ILSI Brasil. Indicadores de qualidade em terapia nutricional: 10 anos de IQTN no Brasil: resultados, desafios e propostas. 3ª ed. São Paulo: ILSI Brasil [Internet]. 2018 [citado 03 de Agosto de 2022]. Available from: <https://ilsibrasil.org/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Fasci%CC%81culo-10-anos-de-IQTN-no-Brasil2-Final.pdf>
- Culebras JM, del Llano J, Garcia-Luna PP, et al. Coordinador: Garcia de Lorenzo A. Indicadores de calidad para las unidades de nutricion clínica. Sociedad Espanola de Nutricion Enteral y Parenteral, 2008.
- Toledo DO, Piovacari SMF, Horie LM, de Matos LBN, Castro MG, Ceniccola GD, et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a

- desnutrição hospitalar. BRASPEN J [Internet]. 2018 [citado 03 de Agosto de 2022];33(1):86-100. Available from: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2018/15-Campanha-diga-nao-aadesnutricao.pdf>
16. de Souza IA, Bortoletto MM, Dias AMN, De Almeida NM, Ribeiro LC, Mendonça EG. Nutrição enteral em pacientes oncológicos: diferenças entre o que é prescrito e administrado. *Nutr. clín. diet. Hosp.* [Internet]. 2018 [citado 03 de Agosto de 2022];38(2):31-8. Available from: [10.12873/382Iury](http://dx.doi.org/10.12873/382Iury)
17. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [citado 03 de Agosto de 2022];17(4):758-64. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKjLkXQ/?format=pdf&lang=pt>
18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 [citado 03 de Agosto de 2022];169:467-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.7326/M18-0850>
19. de Paula CC, Padoin SMM, Galvão CM. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. *Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 51-76.
20. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Wolters Kluwe, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2011.
21. Da Silva MJ, Da Silva TJS, Sobrinho JAPC, Garcia ER, Medeiros MTS, Câmara TAV, et al. Caloric and Protein Infusion versus Dietary Prescription in Enteral Nutritional Therapy for Cancer Patients. *Revista Brasileira de Cancerologia* [Internet]. 2021 [citado 17 de Agosto de 2022];67(3). Available from: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1275>
22. Nogueira DA, Ferreira LP, De Lucia RPA, Pena GG. High Frequency of Non-Compliance with Quality Indicators of Enteral and Parenteral Nutritional Therapy in Hospitalized Patients. *Nutrients* [Internet]. 2020 [citado 17 de Agosto de 2022]; 22:2408. Available from: [10.3390/nu12082408](http://dx.doi.org/10.3390/nu12082408)
23. Souza KF, Costa MF, Santos RS. Indicadores de qualidade da terapia nutricional enteral são ferramentas úteis para o monitoramento em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos? BRASPEN J [Internet]. 2020 [citado 17 de Agosto de 2022];35(4):402-7. Available from: [10.37111/braspenj.2020354012](http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2020354012)
24. Assis MCS, Macedo ABTM, Gazal CHA, Martins CMBS, Viana LV. Accidental enteral feeding tube dislodgement with the use of a dedicated feeding tube attachment device versus adhesive tape as the securing method: a randomized clinical trial. *Nutr Hosp* [Internet]. 2019 [citado 17 de Agosto de 2022];36(3):504-509. Available from: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02440>
25. Simões SAR, Kutz NA, Barbosa MC, Porto MMHAOS. Dieta enteral prescrita versus dieta infundida. *J. res.: fundam. care.* Online [Internet]. 2017 [citado 17 de Agosto de 2022];9(3):688-95. Available from: [10.9789/2175-5361.2017.v9i3.688-695](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.688-695)
26. Lee A, Oliveira Filho RS, Cardenas TC, Ozório GA, Gropp JPL, Waitzberg DL. Quality control of enteral nutrition therapy in cancer patients at nutritional risk. *Nutr Hosp* [Internet]. 2017 [citado 17 de Agosto de 2022];34:264-270. Available from: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.721>
27. Rocha AJSC, Oliveira ATV, Cabral NAL, Gomes RS, Guimarães TA, Rodrigues WB, et al. Causa de interrupção de nutrição enteral em unidades de terapia intensiva. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2017 [citado 06 de Setembro de 2022];18(1):49-53. Disponível em: http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistah_uufma/article/view/7880/4875
28. Gonçalves CV, Borges LR, Orlandi SP, Bertacco RTA. Monitoramento da Terapia Nutricional Enteral em Unidade de Terapia Intensiva: Adequação calórico-proteica e sobrevida. BRASPEN J [Internet]. 2017 [citado 06 de Setembro de 2022];32(4):341-6. Available from: <http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2017/08-Monitoramento-da-terapia.pdf>
29. Cervo AS, Magnago TSBS, Carollo JB, Chagas BP, Oliveira AS, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [citado 06 de Setembro de 2022];35(2):53-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.42396>
30. da Silva MR, Silva DO, dos Santos TI, Oliveira PP, Rodrigues AB, Barbosa DA. Mapeamento dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de uma unidade oncológica. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2017 [citado 06 de Setembro de 2022];25:e15133. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.15133>
31. COFEN. Resolução nº 453/2014. Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. Brasília [Internet]. 2014 [citado 06 de Setembro de 2022]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/ANEXO-RETIFICACAO.pdf>
32. Silveira, GC, Romeiro F. As dificuldades e riscos durante a introdução e posicionamento da Sonda Nasoentérica. *Revista Nursing* [Internet]. 2020 [citado 06 de Setembro de 2022];23(266):4360-66. Available from: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i266p43604373>
33. Macedo ABT, Assis MCS, Milioni KC, Canto DF, Souza CMB, Chaves EHB. Elaboração e validação de um protocolo para administração segura de nutrição enteral em pacientes hospitalizados. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021 [citado 06 de Setembro de 2022];

- 42:e20200181. Available from: <https://doi.org/10.1590/19831447.2021.20200181>
34. Bortolotto B, Beccaria LM, Oliveira KA, Faria JIL, et al. Perda acidental de sonda nasogastroenteral para aporte nutricional em uma instituição hospitalar. *Cuid Enferm* [Internet]. 2020 [citado 06 de Setembro de 2022];14(1):18-23. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v1/p.18-23.pdf>
35. Alhassan RK, Tsikata R, Tizaawaw RN, Tannor PS, et al. Adherence to standard nursing protocols on nasogastric tube feeding in a secondary referral hospital in Ghana: comparing self-ratings by professional and auxiliary nurses. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2019 [citado 18 de Setembro de 2022];19(119). Available: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3931-6>
36. Kázmierczak-Siedlecka K, Skonieczna-Zydecka, K, Folwarsku M, Ruszkowski J, et al. Influence of malnutrition stage according to GLIM 2019 criteria and SGA on the quality of life of patients with advanced cancer. *Nutr Hosp* [Internet]. 2020 [citado 18 de Setembro de 2022];37(6):1179-85. Available from: 10.20960/nh.03185
37. Ferreira LEA, de Castro AL, Donoso MTV, Barbosa JAG. Perfil de pacientes hospitalizados em terapia nutricional. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2021 [citado 18 de Setembro de 2022];15. Available from: 10.5205/1981-8963.2021.24513
38. Abbade EB. Adoção de terapias nutricionais enteral e parenteral associada à redução da taxa de óbitos de pacientes neoplásicos. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2020 [citado 18 de Setembro de 2022];53(2). Available from: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i2p115-125>
39. Bezerra GKA, Cabral PC. Nutrição enteral precoce em pacientes críticos e sua associação com variáveis demográficas, antropométricas e clínicas. *BRASPEN J* [Internet]. 2018 [citado 18 de Setembro de 2022];33(4):446-40. Available from: <http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2018/artigos/14-AO-Nutricao-enteral-precoce.pdf>
40. Alves TP, Barbosa JM, Veras LN, Cabral NSG. Avaliação da qualidade da terapia nutricional enteral ofertada ao paciente oncológico hospitalizado. *BRASPEN J* [Internet]. 2019 [citado 18 de Setembro de 2022];34(3):239-44. Available from: <http://arquivos.braspen.org/journal/jul-ago-set-2019/artigos/03-AvaliacaoDaQualidade.pdf>
41. Villardo GP, Segadilha NLAL, Rocha EEM. Adequação Proteica versus Estado Nutricional de Pacientes Oncológicos Adultos em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Cancerologia* [Internet]. 2018 [citado 18 de Setembro de 2022]; 64(4):527-32. Available from: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.201>
42. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde [Internet]. 2019 [citado 18 de Setembro de 2022]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
43. Kim SH, Park CM, Seo JM, Choi M, Lee DS, Chang DK, et al. The impact of implementation of an enteral feeding protocol on the improvement of enteral nutrition in critically ill adults. *Asia Pac J Clin Nutr* [Internet]. 2017 [citado 18 de Setembro de 2022];26(1):27-35. Available from: 10.6133/apjcn.122015.01
44. Nguyen LT, Dang AK, Duong PT, Phan HBT, et al. Nutrition intervention is beneficial to the quality of life of patients with gastrointestinal cancer undergoing chemotherapy in Vietnam. *Cancer Med* [Internet]. 2021 [citado 10 de Janeiro de 2023];10(5):1668-80. Available from: 10.1002/cam4.3766
45. Brasil. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC N° 503, de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília - DF, Brasil [Internet]. 2021 [citado 10 de Janeiro de 2023]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0503_27_05_2021.pdf
46. Orinovsky I, Raizman E. Improvement of nutritional intake in intensive care unit patients via a nurse-led enteral nutrition feeding protocol. *Critical Care Nurse* [Internet]. 2018 [citado 10 de Janeiro de 2023];38(3):38-45. Available from: <https://doi.org/10.4037/ccn2018433>
47. Menezes NAB, Silva JT, Brito LC, Gois FN, Oliveira CC. Adequação entre a terapia nutricional enteral prescrita e a dieta administrada em pacientes críticos. *Nutr clín diet hosp.* [Internet]. 2018 [citado 10 de Janeiro de 2023];38(4):57-64. Available: 10.12873/384nara
48. Anziliero F, Corrêa APA, Silva BA, Soler BED, Batassini E, Beghetto MG. Nasoenteral tube: factors associated with delay between indication and use in emergency services. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017 [citado 10 de Janeiro de 2023];70(2):326-34. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0222>
49. de Souza IA, Bortolotto MM, Dias AMN, De Almeida NM, Ribeiro LC, Mendonça EG. Nutrição enteral em pacientes oncológicos: diferenças entre o que é prescrito e administrado. *Nutr. clín. diet. hosp.* [Internet]. 2018 [citado

10 de Janeiro de 2023];38(2):31-8. Available from: 10.12873/382Iury

50. Corrêa APA, Nora CRD, Silva SMR, Viegas GL, Sousa GP, Beghetto MG. Simulação clínica: educação para equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes com sonda nasoenteral. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2021 [citado 10 de Janeiro de 2023];35:e41998. Available from: 10.18471/rbe.v35.41998

51. Therrier S, Carlos CM, Costa RF, Simino GPR, Barbosa JAG. Avaliação da nutrição enteral em unidades de terapia intensiva. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2021 [citado 10 de Janeiro de 2023]; 35:e38558. Available from: 10.18471/rbe.v35.38558


52. Batassini É, Assis MCS, Sousa GP, Beghetto MG. Factors associated with enteral nutrition and the incidence of gastrointestinal disorders in a cohort of critically ill adults. Nutr Hosp [Internet]. 2021 [citado 10 de Janeiro de 2023];38(3):429-435. Available from: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03245>

53. Tatsumi H. Tolerância enteral em pacientes críticos. J Terapia Intensiva [Internet]. 2019 [citado 10 de Janeiro de 2023];7(30):2-10. Available from: 10.1186/s40560-019-0378-0

O papel dos avós na transição para a parentalidade: uma *scoping review*

The role of grandparents in the transition to parenting: a *scoping review*

Inês Tomé Sousa¹

 orcid.org/0009-0000-6952-0758

Maria Helena Bértolo²

 orcid.org/0000-0002-6612-2700

¹ Estudante de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal.

² Mestrado. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Departamento de Saúde Materna, Lisboa, Portugal.

Resumo

Introdução

A transição para a parentalidade envolve um conjunto de mudanças intra e interpessoal, que afeta não só a mulher e companheiro(a), assim como todo o sistema familiar. Os avós são evidenciados como figuras de destaque na família contemporânea, constituindo-se a principal fonte de apoio e suporte para a família neste processo. Torna-se, assim, de extrema importância perceber como os avós podem influenciar ou não a transição para a parentalidade, agindo como agentes facilitadores ou como barreiras neste processo.

Objetivo

Mapear a evidência científica disponível sobre o papel dos avós na transição para a parentalidade dos seus filhos, englobando o período da gravidez, parto e período pós-parto até 3 anos.

Métodos

Esta revisão *scoping* foi desenvolvida segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), 2020, tendo sido efetuada pesquisa em abril e maio 2022 e atualizada em julho 2023. Foram incluídos estudos de natureza qualitativa, quantitativa ou mista, bem como artigos de revisão, publicados em inglês e produzidos entre 2015 e 2023. Esta revisão *scoping* inclui artigos que abordam o papel dos avós, no contexto da transição para a parentalidade dos filhos, incluindo o momento da gravidez, parto e período pós-parto até 3 anos.

Resultados

Foram incluídos 11 artigos que cumpriram os critérios de inclusão. Quatro categorias emergiram: os avós como fonte de suporte; os avós e a influência na nutrição das famílias e no aleitamento materno exclusivo; a ambivalência de sentimentos e o papel dos profissionais de saúde.

Conclusão

Os avós podem evidenciar-se como figuras de destaque na família durante a transição para a parentalidade dos seus filhos, desenvolvendo papéis de suporte instrumental, emocional, informativo e financeiro; podem influenciar no aleitamento materno exclusivo e na nutrição familiar. Quando os conceitos e convicções sobre aspetos fundamentais relativos às crianças diferem, podem surgir sentimentos ambivalentes que conduzem a conflitos intergeracionais. Há uma lacuna nos cuidados de saúde relativamente à inclusão de pessoas significativas no cuidado ao casal e criança, nomeadamente dos avós.

Palavras-chave

Avós; papel; transição para a parentalidade; gravidez; parto; pós-parto.

Abstract

Introduction

The transition to parenthood involves a set of intra and interpersonal changes, which affect not only the woman and her partner, but also the entire family system. Grandparents are highlighted as prominent figures in the contemporary family, constituting the main source

Autor de correspondência

Inês Sousa

E-mail: isousa@campus.esel.pt

Recebido: 20.04.2023

Accite: 11.09.2023

Como citar este artigo: Sousa IT, Bértolo MH. O papel dos avós na transição para a parentalidade: uma *scoping review*. *Pensar Enf* [Internet]. 2023 Nov; 27(1):137-146. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.277>



of support for the family in this process. Therefore, it is extremely important to understand how grandparents can influence or not the transition to positive parenting, acting as facilitating agents or as hinderances in this process.

Objective

To map the available scientific evidence regarding the role of grandparents in the transition to parenthood of their children, encompassing the period of pregnancy, childbirth and the postpartum period up to 3 years.

Methods

This scoping review was developed according to the methodology of the *Joanna Briggs Institute* (JBI), 2020, with research carried out in April and May 2022 and updated in July 2023. Qualitative, quantitative or mixed studies were included, as well as review articles, published in English and produced between 2015 and 2023. This scoping review includes articles that address the role of grandparents in the context of the transition to parenting of their children, including the time of pregnancy, childbirth and the postpartum period up to 3 years.

Results

11 articles that met the inclusion criteria were included. Four categories emerged: grandparents as a source of support; grandparents and their influence on family nutrition and exclusive breastfeeding; the ambivalence of feelings and the role of health professionals.

Conclusion

Grandparents can stand out as prominent elements of the family during the transition to parenting of their children, developing instrumental, emotional, informational and financial support roles; may influence exclusive breastfeeding and family nutrition. When concepts and beliefs about fundamental aspects relating to children differ, ambivalent feelings can arise and that lead to intergenerational conflicts. There is a gap in health care regarding the inclusion of meaningful people in the care of the couple and the child, in this case the grandparents.

Keywords

Grandparents; role; parenthood transition; pregnancy; childbirth; post-partum.

Introdução

A parentalidade pode ser entendida como um dos aspetos mais exigentes e desafiadores da vida de uma pessoa. Tornar-se mãe e pai é um marco importante e pode ser simultaneamente um período de grande alegria, mas também um evento de vida stressante.¹ Assim, a parentalidade pode ser entendida como um conjunto de laços afetivos, conhecimentos, atitudes, e comportamentos

das mães e dos pais, que é influenciada por vários fatores, como as experiências anteriores (da sua própria infância), as circunstâncias, as expectativas e as crenças pessoais e socioculturais.² É igualmente influenciada pelo sentido de competência pessoal, da relação conjugal ou da relação estabelecida com o outro progenitor, com a rede de apoio (nomeadamente a família), com os serviços sociais disponíveis, bem como por outras situações de desigualdade ou vulnerabilidade.² O conceito de parentalidade refere-se, portanto, ao conjunto de atividades e atitudes e à forma de interagir nas relações com os filhos.³ Segundo Meleis⁴ a transição para a parentalidade é um conceito multidimensional que pressupõe mudanças de papéis, definições e redefinições do *self* e da própria transição, sendo esta considerada uma passagem ou movimento de um estado, condição ou local para outro.

A transição para a parentalidade é um processo complexo de várias alterações e ajustamentos fisiológicos, psicoemocionais, sociais e culturais. É um processo exigente, caracterizado por uma constante aprendizagem, por um desenvolvimento de competências e relacionamentos e por uma profunda reconstrução identitária.⁵ A experiência parental depende das estratégias e das respostas parentais e estas incluem componentes cognitivos de aprendizagem e tomada de decisão, componentes relacionais, como o suporte familiar, e componentes operacionais, como a partilha de tarefas, reorganização de rotinas e conciliação de papéis.⁵ Ter apoio, seja ele emocional ou físico, pode ser encarado como uma ajuda crucial neste processo, diminuindo a perceção de eventos stressantes, e ajudando os pais a lidar com os mesmos mais eficazmente.⁶ Deste modo, a natureza da transição para a parentalidade afeta não só a mulher, como o seu companheiro(a), e todo o sistema familiar e, por sua vez, envolve um conjunto de mudanças intra e interpessoal. Dessen⁷ evidencia os avós como figuras de destaque na família contemporânea, constituindo-se a principal fonte de apoio e suporte para a família neste processo, promovendo apoio emocional, material e financeiro.

Os pais, vão deparar-se com um conjunto de situações novas e inesperadas, para as quais a experiência, ou a falta desta, não fornece ainda respostas eficazes ou convictas. Nesta altura, o suporte prestado pelos avós, seja ele instrumental ou emocional, se prestado de forma adequada torna-se um fator protetor de adaptação dos pais à nova tarefa que se impõe.⁸

Para compreender estas transições é fundamental conhecer a estrutura e as funções da rede de apoio das famílias, uma vez que estas variam de acordo com o contexto sociocultural, com o tempo e o estadió de vida do indivíduo e da própria família enquanto grupo.⁹ Torna-se, assim, de extrema importância perceber como os avós podem influenciar ou não a transição para a parentalidade, agindo como agentes facilitadores ou como barreiras neste processo.

Por último, e após consulta da base de dados do JBI, foi confirmado que não existe nenhuma revisão *scoping* sobre este tema, o que acentua, ainda mais, a sua relevância. Neste sentido, o objetivo desta revisão *scoping* é mapear a evidência científica disponível sobre o papel dos avós na transição para a parentalidade dos seus filhos, englobando o período da gravidez, parto e período pós-parto até 3 anos.

A questão de investigação desta revisão *scoping* é: Qual o papel dos avós na transição para a parentalidade dos seus filhos?

Métodos

Com o intuito de orientar esta revisão *scoping*, foi elaborado um protocolo da mesma, publicado na plataforma Open Science Framework (OSF), com a identificação DOI 10.17605/OSF.IO/KJJC2Y.

Critérios de inclusão

Tipo de População: Esta revisão *scoping* incluirá artigos que abordem os avós que tenham vivenciado a transição para a parentalidade dos filhos e outros membros da comunidade que testemunharam a vivência dos avós na transição para a parentalidade dos seus filhos.

Conceito: Esta revisão *scoping* incluirá artigos que abordem o papel dos avós que tenham vivenciado a transição para a parentalidade dos filhos.

Contexto: Esta revisão *scoping* incluirá artigos que abordem o papel dos avós, no contexto da transição para a parentalidade dos filhos, incluindo o momento da gravidez, parto e período pós-parto. Considerou-se o período pós-parto até 3 anos após o parto, uma vez que se pretende abranger os desenvolvimentos e ajustamentos físicos, emocionais, psicológicos, sociais e culturais que esta

transição compreende. Este período mais alargado evidencia, assim, a importância de considerar a transição para a parentalidade como um processo contínuo, complexo e exigente, promovendo uma abordagem mais abrangente e holística.

Tipos de fontes de informação: Esta revisão *scoping* considerará todos os estudos de natureza qualitativa, quantitativa ou mista, bem como artigos de revisão, publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, que cumpram os critérios de inclusão descritos. Relativamente à questão temporal opta-se por definir como critério de inclusão os estudos publicados nos últimos 8 anos (2015 a 2023), com o propósito de reunir a mais recente evidência científica.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa desta revisão *scoping* tem como objetivo identificar artigos publicados em português, inglês ou espanhol, nos últimos oito anos que retratem o papel dos avós na transição para a parentalidade dos seus filhos. Conforme a estratégia definida pelo JBI¹⁰, esta foi planificada em três etapas distintas.

Numa primeira etapa foi efetuada uma pesquisa limitada às bases de dados CINAHL, MEDLINE, através da plataforma EBSCOhost, e a base de dados Scopus, para identificar artigos sobre o tema. Para tal, foram utilizadas as palavras-chave extraídas dos termos naturais da questão de investigação. Seguidamente, efetuou-se uma análise das palavras utilizadas nos títulos e resumos e a identificação dos termos indexados correspondentes a cada base de dados. Neste sentido, foi elaborado um quadro referente às palavras-chave, termos naturais e respetivos termos indexados (quadro 1), com o objetivo de organizar a primeira etapa.

Quadro 1. Sistematização dos critérios de inclusão, dos termos naturais e respetivos termos indexados na base de dados CINAHL, MEDLINE e Scopus.

Palavras-chave	Termos naturais	Termos indexados CINAHL	Termos indexados MEDLINE	Termos Scopus
Avós	Grandparents	Grandparents	Grandparents	Grandparents
Papel	Role	Role	Role	Role
Transição para a parentalidade	Parenthood transition	--	--	Parenthood transition
	Parenting transition	--	--	Parenting transition
	Childbirth	--	--	Childbirth
	Pregnancy	--	--	Pregnancy
	Post-partum	Childbirth	Parturition	Post-partum
		Pregnancy	Pregnancy	
		Postnatal period	--	

Numa segunda etapa foi efetuada uma pesquisa recorrendo a todos os termos naturais e termos de indexação identificados no quadro 1, nas bases de dados separadamente.

Na base de dados CINAHL realizou-se uma pesquisa dos termos naturais bem como os respetivos termos de indexação, cruzando-se posteriormente com o operador booleano OR. Após a agregação entre os termos naturais e os respetivos termos de indexação, foi efetuada nova pesquisa associando os resultados obtidos anteriormente, com o operador booleano AND. Este processo encontra-se retratado no [Apêndice I](#) e com a expressão de pesquisa: ((grandparents OR (MM “Grandparents”) OR “grandparents”)) AND ((role OR (MM “role+”) OR “role”)) AND ((parenthood transition OR parenting transition OR “transition to parenthood” OR “parenting transition”) OR (childbirth OR (MM “childbirth+”) OR “childbirth”) OR (pregnancy OR (MM “Pregnancy+”) OR “pregnancy”) OR (postpartum OR (MM “Postnatal Period+”) OR “postpartum”)).

Seguiram-se os mesmos passos na base de dados MEDLINE, com os respetivos termos identificados na Tabela 1. Este processo é apresentado no [Apêndice II](#).

Relativamente à base de dados Scopus, realizou-se uma pesquisa apenas dos termos naturais, uma vez que esta base de dados não apresenta termos indexados, cruzando-se os termos *childbirth*, *pregnancy* e *post-partum*, com o operador booleano OR, bem como os termos *parenthood transition* e *parenting transition* e os restantes termos com o operador booleano AND. Este processo encontra-se retratado no [Apêndice III](#).

Por último, na terceira etapa da estratégia de pesquisa foi realizada uma análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, procurando mais evidência, sobretudo primária.

Esta pesquisa foi efetuada entre abril e maio 2022 e atualizada em julho 2023, alargando o seu limite temporal a 2023.

Seleção de estudos

Os artigos encontrados foram analisados por dois revisores independentes, tendo em conta a relevância do título e do resumo. Foram removidos os duplicados e os que não correspondiam aos critérios de inclusão previamente definidos.

Posteriormente, os artigos selecionados foram analisados integralmente através da leitura *full-text*, atendendo todos

aos critérios de inclusão, não tendo sido excluído nenhum. Esta etapa foi igualmente realizada por dois revisores independentes, tendo as divergências entre estes sido resolvidas por meio de discussão.

Foi integrado um artigo através da análise das referências bibliográficas dos artigos anteriormente selecionados.

Extração de dados

Foi construída uma ferramenta de extração de dados por um revisor independente, de acordo com as indicações do JBI¹⁰. Esta ferramenta foi testada, com intuito de garantir a sua clareza e rigor dos dados extraídos. Foi através da mesma que os dados dos artigos selecionados foram extraídos.

Assim, os dados extraídos detalham com clareza e especificidade, aspetos sobre fenómeno de interesse, população, objetivos, método de estudo e resultados significativos para a questão de investigação.

Apresentação de dados

Os dados extraídos dos artigos selecionados, estão apresentados em forma de narrativa, bem como em quadro ([Apêndice IV](#)), que organiza os estudos de acordo com o título, autores, ano de publicação, país de origem, idioma, tipo de estudo, objetivos, amostra e resultados relevantes para a questão de investigação. A discussão de resultados é elaborada em forma de narrativa.

Resultados

Resultados da pesquisa

A pesquisa nas três bases de dados identificou um total de 63 artigos. Após serem removidos os duplicados, permaneceram 57 artigos para análise de títulos e resumos de acordo com os critérios de inclusão definidos. Nesta fase, foram excluídos 47 artigos por não corresponderem a um ou mais critérios de inclusão, ficando para análise em *full-text* 10 artigos. Foram analisados os 10 artigos e nenhum foi excluído. Foram, igualmente, consultadas as referências bibliográficas dos 10 artigos selecionados e foi integrado mais um artigo em *full-text*, num total de 11 artigos incluídos nesta revisão *scoping*. Este processo encontra-se esquematizado no diagrama *Prisma* a que a figura 1 se refere.

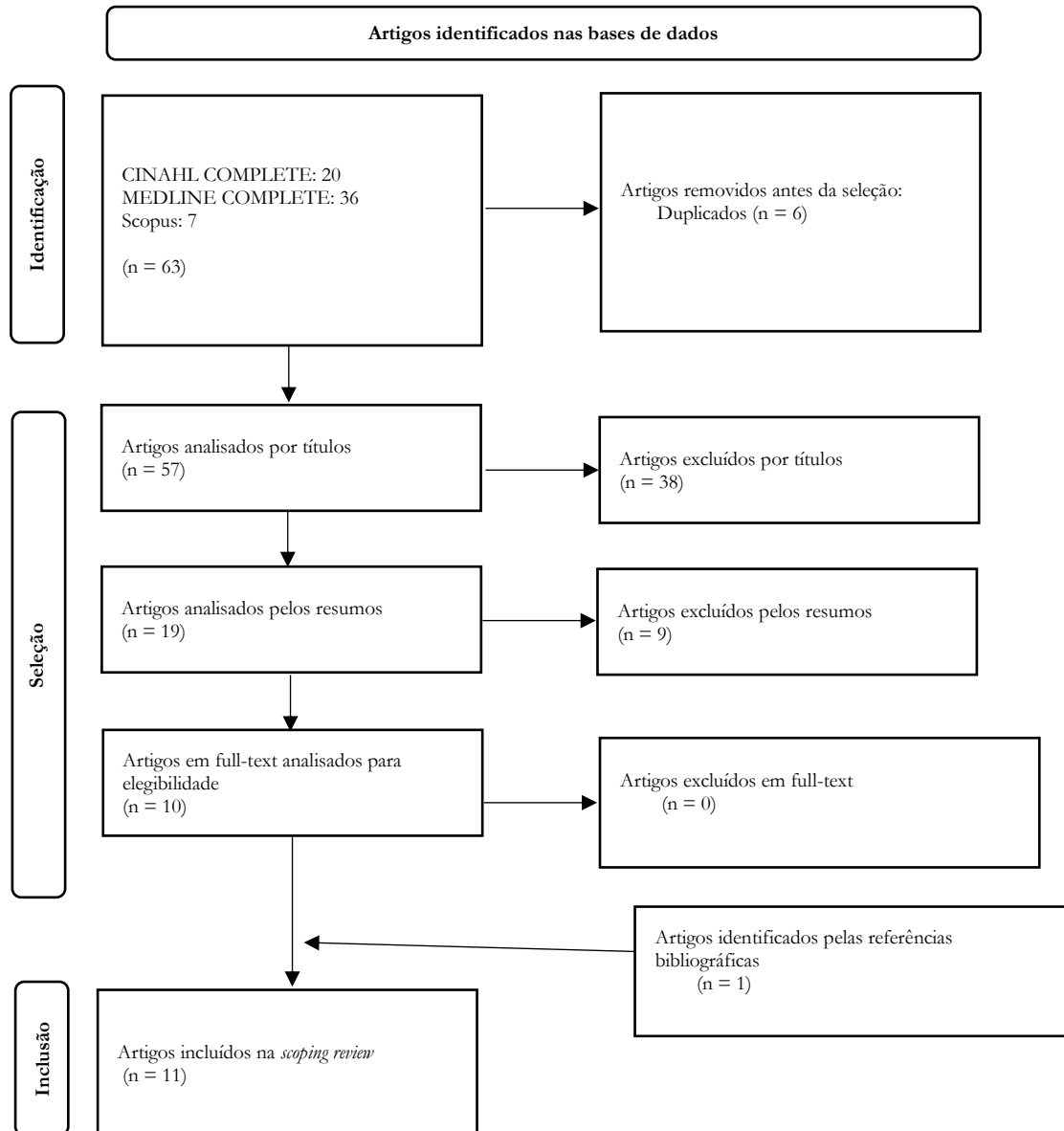


Figura 1. Diagrama PRISMA: resultados da pesquisa e seleção de estudos a integrar na revisão *scoping*. Adaptado JBI.¹⁰

Características das fontes de evidência

Os artigos selecionados nesta revisão *scoping* foram publicados entre 2015 e 2023, sendo que 72% (n=8) foi publicado nos últimos seis anos. São todos artigos publicados em revistas internacionais, como a *Journal of Family Issues* (n=1), *Nursing Inquiry* (n=1), *Global Public Health* (n=1), *Maternal & Child Nutrition* (n=1), *International Journal of Childbirth Education* (n=1), *Midwifery* (n=2), *Breastfeeding Review* (n=1), *BMC Pregnancy and Childbirth* (n=1), *Human Nature* (n=2). Todos os artigos são escritos em inglês. Dois artigos são provenientes da China, outros

dois dos Estados Unidos da América (EUA), seguindo-se a Áustria, Gana, Colômbia, Nova Zelândia, Austrália, França e Namíbia, com um artigo cada. Foram, então, incluídas quatro revisões da literatura e sete estudos primários de abordagem qualitativa ou mista.

A população dos artigos é variada, inclui casais que foram pais, inclui avós, profissionais de saúde, bem como líderes comunitários.

Sete estudos utilizaram como metodologia entrevistas semi-estruturadas em profundidade e a maioria dos estudos tem como objetivo avaliar e explorar experiências de pais e avós na transição para a parentalidade.

Resultados da Revisão

Por forma a organizar os resultados que emergiram da pesquisa, agrupamos os mesmos em quatro categorias: os avós como fonte de suporte; os avós e a influência na nutrição das famílias e no aleitamento materno exclusivo; a ambivalência de sentimentos; e o papel dos profissionais de saúde.

Os avós como fonte de suporte

Muitos avós desempenham um papel vital na vida das gestantes ou mulheres/mães e dos seus netos e representam uma fonte de suporte, seja ela instrumental, emocional, informativa ou financeira.^{6,11,12} A distância geográfica, a cultura, a relação materna e paterna com os pais e sogros, bem como a idade dos avós podem alterar o papel que os avós desempenham e, posteriormente, alterar a influência que exercem sobre a parentalidade dos filhos. A natureza interconectada das diferentes gerações pode afetar os estilos parentais, a segurança do bebé, bem como o desempenho do papel parental.⁶

As avós foram identificadas como o principal apoio das gestantes, fornecendo-lhes informação, orientação e apoio emocional.^{11,12} São as avós que têm o papel de preservar tradições culturais relativas a este período, são repositórios de conhecimento sobre medicina local e são decisoras nos comportamentos de procura de saúde, isto é, decidem onde é o parto e a necessidade de recorrer a serviços de saúde.¹¹ Num estudo, conduzido num país africano, a Namíbia,¹³ identificou-se três domínios em que as avós contribuem, sendo eles: a) o aprender a ser mães, através das representações do cuidar e dos exemplos, bem como da informação; b) o suporte na amamentação; e c) a saúde e bem-estar no período pós-natal. Conclui-se que o apoio informativo, emocional e instrumental fornecido às mães e aos seus recém-nascidos durante o período perinatal pode ajudar no estabelecimento do vínculo mãe-bebé, promover o equilíbrio energético materno e melhorar os resultados nutricionais dos bebés.

O apoio instrumental e emocional prestado pelos avós, embora esteja dependente do tipo de relacionamento entre pais e filhos e quando não é intrusivo, constitui-se como um fator protetor para o desenvolvimento de problemas de saúde mental materna no primeiro ano pós-parto.¹⁴ É reportado também, efeitos benéficos para a criança, pois as mães sem problemas de saúde mental estão mais disponíveis emocionalmente e respondem ativamente às necessidades da criança.

Outro artigo¹⁵, refere igualmente que o papel dos avós é de rede de suporte, de cuidar tanto da mãe como do bebé, preparando refeições e fazendo outras tarefas domésticas. O papel dos avós envolve, também, a transmissão intergeracional de papéis, em que as mães aprendem seja por observação, conselhos ou imitação dos cuidados.

Os avós e a influência na nutrição das famílias e no aleitamento materno exclusivo

A cultura da amamentação numa família desempenha um papel significativo no apoio às novas mães para amamentar exclusivamente e a prática do aleitamento materno exclusivo por seis meses não se limita às intenções ou ações da díade mãe-bebé; é um comportamento relacional influenciado não apenas pelas redes familiares em torno da mãe, mas também pelos contextos culturais, históricos e sociais.¹⁶

As avós têm a capacidade de influenciar o aleitamento materno exclusivo. A opinião positiva sobre aleitamento materno de uma avó tem o potencial de influenciar uma mãe até 12% a iniciar a amamentação.^{17,18} Por outro lado, também pode ter uma influência negativa, tendo a capacidade de diminuir a probabilidade de amamentação até 70%.¹⁷ Wagner et al,¹⁸ sugerem que as mães que foram amamentadas quando bebés eram mais propensas a iniciar e continuar a amamentação do que as mães não amamentadas. A mãe da mãe e a experiência anterior de amamentação da mãe têm uma forte influência nas práticas de amamentação.¹⁸

Concha e Jovchelovitch,¹⁹ sugerem que as avós desempenham um papel central na nutrição de muitas famílias durante os períodos pré-parto, pós-parto, amamentação ou alimentação complementar, nomeadamente na preparação das refeições.

A ambivalência de sentimentos

Surgem sentimentos ambivalentes quando o envolvimento dos avós num ou mais domínios, sejam eles afetivo, cognitivo ou comportamental, não corresponde aos desejos e expectativas dos pais.¹² Esta ambivalência existe, também, quando há visões divergentes de pais e avós em relação a conceitos e convicções sobre a gravidez, educação, cuidados infantis, nutrição, ou outros aspetos fundamentais na criação dos filhos. No mesmo estudo, estes sentimentos ambivalentes ocorreram, igualmente, quando os avós questionaram os papéis e atitudes dos pais e houve julgamentos críticos dos avós sobre as suas capacidades parentais. Outro aspeto relacionado com sentimentos ambivalentes no envolvimento dos avós é a nível comportamental, quando os avós não respeitam os limites impostos pelos pais e, a nível afetivo, quando envolveu decepção com aspetos emocionais das relações, nomeadamente sentimentos de competição entre os pais e os avós.¹²

Um estudo conduzido na China²¹ identifica que é esperado das avós apoio aos pais durante a transição para a parentalidade, mesmo sem estes o pedirem. O mesmo refere que, relativamente aos cuidados no pós-parto e ao recém-nascido, os pais identificam um hiato significativo entre as suas crenças e as dos avós, referindo que as

abordagens da geração mais velha se encontram ultrapassadas e são pouco científicas. Por outro lado, a geração mais velha acredita que tem a experiência de ter filhos e a sabedoria já transmitida há anos. Esta discórdia gera conflitos familiares. O estudo identifica, ainda, que os pais apreciam o apoio recebido pelos avós, por permitir folgas das exigências do cuidar, no entanto, criticam-nos por potencialmente poderem causar danos ao bebê, pelas suas abordagens tradicionais. O mesmo estudo, defende, também que a comunicação clara e direta conduz a uma melhor relação familiar e entendimento mútuo, em vez das críticas. Em contrapartida, verificou-se conflitos sempre que os membros da família expressaram uma comunicação ineficaz ou inexistente e insistiam em fazer à sua maneira, o que conduzia a relações familiares precárias. Se os membros da família não falassem e escondessem os seus conflitos ou comunicassem de uma maneira vaga, era mais provável despoletar sentimentos de raiva e agressão silenciosa. Famílias com limites bem estabelecidos tendem a ter mais harmonia neste período de transição.¹⁵ A maioria dos avós entrevistados reconheciam o seu papel e os limites do mesmo e abstiveram-se de expressar os seus pontos de vista sobre as decisões dos pais. Em algumas famílias houve competição entre os seus membros para controlo e, quando esta competição era forte, surgiam conflitos. Este estudo¹⁵ refere-se, igualmente, aos limites geracionais, ou seja, às expectativas de limites percebidos e regras de interação de todos os membros da família, envolvendo a regulação do comportamento dos pais e dos avós. Limites claros requerem que os avós respeitem a autoridade dos pais e evitem oferecer demasiados conselhos relativos às suas decisões parentais. Os conselhos indesejados dos avós são a forma de comunicação mais ineficaz, podendo ser percebidos como uma crítica aos cuidados parentais, afetando a confiança nas próprias competências parentais.¹⁵ Assim, o envolvimento dos avós no papel parental pode ameaçar a autonomia dos pais e pode não ser bem recebido por estes.

O papel dos profissionais de saúde

Pais e avós atribuem um papel relevante aos profissionais de saúde como mediadores de conflitos familiares.²¹ Os primeiros alegam que os últimos se encontram em melhor posição para mediar os conflitos familiares relativos ao esclarecimento de papéis, divisão de tarefas, comunicação e estabelecimento de limites no puerpério e no cuidado ao recém-nascido. É identificada, ainda, a necessidade de conhecimento e de desenvolvimento de competências parentais, a necessidade de informação e educação no pós-parto e apoio psicológico para as mães.²¹ Existe uma potencial lacuna entre as campanhas de educação para a saúde que visam as mães como decisoras autónomas e a realidade de uma estrutura comunitária mais

coletivista na qual as mães raramente tomam essas decisões sem o apoio de outros membros da comunidade.¹¹

Burgess⁶ defende que é importante que os profissionais de saúde que fazem a preparação para o parto e que promovem a adaptação à parentalidade, reconheçam o papel dos avós e trabalhem para avaliar o seu conhecimento sobre as práticas atuais de cuidados e a segurança da criança, incluindo qual o seu papel nas responsabilidades de cuidar do bebê. Uma avaliação completa permitirá que os profissionais de saúde forneçam intervenções e recursos educacionais e de apoio, apropriados tanto para os pais como para os avós. O nascimento de um novo bebê não é uma experiência isolada apenas para a futura mãe, mas uma transição, também, para os avós.⁶ Neste sentido, a prestação de apoio por parte dos profissionais de saúde pode melhorar a autoeficácia, bem como o crescimento dos avós como indivíduos. Como educadores, devem estar atentos ao significado que essa transição pode ter e ajudar as famílias a abraçar a interconexão que o nascimento desse novo bebê traz para todos.¹³

Discussão

Nos últimos oito anos, foram encontrados 11 artigos que identificam os vários papéis dos avós na transição para a parentalidade dos seus filhos, dando assim, resposta à questão de investigação formulada inicialmente. Esta revisão *scoping* permite, portanto, compreender que os avós podem desempenhar um papel vital na vida dos filhos e dos seus netos e representam uma fonte de suporte, seja ela instrumental, emocional, informativa ou financeira,^{6,11,12} fornecendo informação e orientação.¹¹ Este apoio informativo, emocional e instrumental durante o período perinatal pode ajudar no estabelecimento do vínculo pais-bebê, promover o equilíbrio energético materno, melhorar os resultados nutricionais dos bebês¹³ e melhorar a saúde mental materna.¹⁴

É identificada, também a influência que as avós representam na nutrição de toda a família no período perinatal, nomeadamente na preparação de refeições,¹⁹ bem como a sua influência no aleitamento materno exclusivo. Sabemos que o leite materno se constitui como o melhor alimento para o bebê até à introdução alimentar e que este é recomendado em exclusivo até aos 6 meses de idade,²⁰ no entanto vários fatores concorrem para influenciar a sua prática. Assim, a prática do aleitamento materno exclusivo durante os 6 primeiros meses de vida do bebê é um comportamento relacional influenciado pelas intenções da mãe, pelas redes familiares e pelos contextos culturais, históricos e sociais.¹⁶ Há evidência científica que corrobora a capacidade das avós influenciarem o aleitamento materno exclusivo.^{17,18} Embora haja diferenças no tipo de resultado da amamentação e como a influência das avós foi medida, o efeito geral sobre a amamentação foi positivo quando as atitudes ou experiências das gerações femininas mais velhas

em relação à amamentação foram favoráveis. A opinião positiva sobre aleitamento materno de uma avó tinha o potencial de influenciar uma mãe até 12% a iniciar a amamentação. Por outro lado, uma opinião negativa tem a capacidade de diminuir a probabilidade de amamentação até 70%.¹⁷ Neste sentido, torna-se pertinente permitir e incentivar a presença e participação das avós nos cuidados de saúde prestados às gestantes e pais, se for o desejo destes, principalmente no período perinatal.

A ambivalência de sentimentos dos pais em relação aos avós, foi outro aspeto destacado nesta revisão *scoping*. Se por um lado, os pais apreciam e reconhecem a importância do apoio dos avós na transição para a parentalidade, por outro lado, quando há visões divergentes em relação a conceitos e convicções relativas às crianças, através do questionamento das atitudes e papéis parentais e através do julgamento crítico sobre as suas capacidades, existe uma ambivalência de sentimentos, que pode conduzir a conflitos intergeracionais.^{12,21} A comunicação clara e direta leva a uma melhor relação familiar e entendimento mútuo, em detrimento da crítica.²¹ Por outro lado, a forma de comunicação mais ineficaz traduz-se nos conselhos indesejados dos avós, podendo estes serem percebidos como uma crítica aos cuidados parentais, afetando a confiança nas próprias competências parentais.¹⁵ Neste sentido, os profissionais de saúde, podem assumir um papel de mediadores dos conflitos, através do esclarecimento de pontos de vista, baseando-se na mais recente evidência científica. De acordo com um estudo qualitativo exploratório,²¹ todos os participantes do mesmo manifestaram o desejo de que os profissionais de saúde pudessem ajudá-los, acreditando que estes estão em melhor posição para mediar os conflitos familiares.

Vários artigos referem ainda, uma lacuna nos cuidados de saúde relativamente à inclusão de pessoas significativas no cuidado à mulher, nomeadamente dos avós, representando, estes uma fonte de apoio crucial na transição para a parentalidade.^{6,11,21} É importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os que realizam a preparação para o parto e que promovem a adaptação à parentalidade, reconheçam o papel dos avós, fazendo uma avaliação completa, que permitirá prestar cuidados apropriados tanto para os pais como para os avós, adotando uma abordagem mais inclusiva.

Conclusão

Os diversos artigos analisados identificaram os vários papéis que os avós podem ter na transição para a parentalidade dos seus filhos nos mais distintos locais do mundo, indo ao encontro do objetivo desta revisão *scoping*, bem como respondendo à questão de investigação formulada. Para além de identificar os papéis dos avós na transição para a parentalidade dos seus filhos, também identificou os possíveis sentimentos e conflitos que podem

surgir entre estes e os seus filhos neste período, sugerindo que é através de uma comunicação clara e assertiva, que estes se podem resolver. Identificou, igualmente, lacunas relativamente aos cuidados de saúde e à integração dos avós nos mesmos, sugerindo que os profissionais de saúde incluam os avós na sua abordagem de cuidados.

Sendo o enfermeiro, um dos principais prestadores de cuidados de saúde à mulher e casal na transição para a parentalidade, torna-se importante incorporar os resultados desta revisão *scoping*, com o intuito de perspetivar uma contínua melhoria nos cuidados prestados por este, nos diversos contextos. Assim, este, deve envolver as pessoas significativas no processo de cuidados, integrando-as, também, como clientes dos cuidados e estabelecendo parcerias com as mesmas.

Ao percebermos os diferentes papéis que os avós podem representar na transição para a parentalidade, melhor entenderemos a importância de os integrar nos cuidados de saúde à mulher/casal e criança, neste processo. Porém, este aspeto implica uma avaliação individual e personalizada, pois cada pessoa é única. Vivemos numa sociedade cada vez mais multicultural e com necessidades específicas de cuidados de saúde. Salientamos como ponto forte desta revisão *scoping*, a multiculturalidade dos diversos estudos incluídos, permitindo alargar a visão de cuidados e alertando para as diferentes perspetivas e especificidades de cada indivíduo como ser social, cultural e espiritual. Por outro lado, salientamos como limitações essa mesma multiculturalidade dos estudos, o que não permite uma generalização dos resultados; assim como a maioria dos estudos selecionados focam apenas as mulheres/gestantes e as avós na transição para a parentalidade. Embora cada vez mais, se atribui um papel vital também às figuras masculinas relativamente à parentalidade, ainda hoje, em muitas culturas esta é vivida, sobretudo no feminino. Importa, portanto, considerar que por vezes, pode haver casais que prefiram incluir os pais, nomeadamente as mães, no seu processo de saúde durante a transição para a parentalidade.

Considera-se necessário haver mais investigação sobre esta temática, particularmente em Portugal, com o objetivo de consciencializar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sobre a importância da integração da família nos cuidados de saúde. Sugere-se, assim, a realização de futuros estudos primários, com o intuito de conhecer a realidade portuguesa sobre o papel dos avós na sociedade contemporânea.

Contribuições autorais

IS: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados e Redação do manuscrito.
HB: Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse e Financiamento

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelas autoras.

Fontes de apoio / Financiamento

O estudo não foi objeto de financiamento.

Referências

- Lau Y, Fang L, Kwong HK. Cross-lagged models of marital relationships and intergenerational conflicts during transition to parenthood: effect of patrilineal coresidence. *Fam Process* [Internet]. 2020 Dec [citado a 2022 Jun 20];59(4):1569-1587. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/famp.12524> DOI: 10.1111/famp.12524.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. Ser mãe, ser pai. Os desafios da parentalidade (durante e após a pandemia) [Internet]. 2021 Jun 8 [citado a 2022 Jun 22]; [notícia 3491]. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/ser_mae_pai_desafios_parentalidade.pdf
- Domenech CS, Cabero SG. Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa* [Internet]. 2011 Jan [citado a 2022 Jun 15];49:25-47. Disponível em: <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/250177/369142>.
- Meleis AI. *Transitions Theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. 2010.
- Martins CA, Abreu WJCP, Figueiredo MCAB. Tornar-se pai ou mãe: o desenvolvimento do processo parental. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science* [Internet]. 2017 Dec [citado a 2022 Jun 15];6(4):146-61. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/fronteiras/article/view/2672> DOI <http://dx.doi.org/10.21664/2238-8869.2017v6i4.p146-161>.
- Burgess A. Interconnectedness: the grandparent's role in childbearing and parenting. *Int J Childbirth Educ*. 2015 Jan;30(1):68-73.
- Dessen MA. Os avós como rede social de apoio das famílias de seus filhos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2013 Mar [citado a 2022 Jun 15];1(1):67-74. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852058004>.
- Carvalho PS, Loureiro M, Simões MR. Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*. 2006 Dec; 5(2): 39-50.
- Oliveira MR, Dessen MA. Alterações na rede social durante a gestação e o nascimento dos filhos. *Estudos de Psicologia Campinas* [Internet]. 2012 Jan [citado a 2022 Jun 15];29(1):81-88. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Mc8iHRgNP8x9y5Zq7iq7hHb/?lang=pt>
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: scoping reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, (Editors) *JBIM Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. 2020. [citado a 2022 Jun 15] Disponível em: <https://doi.org/10.46658/IBIMES-20-12>
- Gupta ML, Aborigo RA, Adongo PB, Rominski S, Hodgson A, Engmann CM, et al. Grandmothers as gatekeepers? The role of grandmothers in influencing health-seeking for mothers and newborns in rural northern Ghana. *Glob Public Health* [Internet]. 2015 Jan [citado a 2022 Jun 20];10(9):1078-1091. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2014.1002413>.
- Zartler U, Schmidt E, Schaldler C, Rieder I, Richter R. “A Blessing and a Curse” couples dealing with ambivalence concerning grandparental involvement during the transition to parenthood – a longitudinal study. *J Fam Issues* [Internet]. 2021 [citado a 2022 Jun 20]; 42(5) 958–983. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0192513X20950786> DOI: 10.1177/0192513X20950786.
- Scelza BA, Hinde K. A biocultural study of grandmothers during the perinatal period. *Hum Nat* [Internet]. 2019 Dec [citado a 2022 Jun 20];30: 371-397. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12110-019-09356-2>.
- Riem MME, Bakermans-Kranenburg MJ, Cima M, Van IJzendoorn MH. Grandparental support and maternal postpartum mental health: a review and meta-analysis. *Hum Nat* [Internet]. 2023 Feb [citado a 2023 Jul 11];34(1): 25-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12110-023-09440-8>
- Xiao X, Loke AY. Intergenerational co-parenting in the postpartum period: a concept analysis. *Midwifery* [Internet]. 2022 Apr [citado a 2022 Jun 20];107:1-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103275>
- Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. The impact of family culture on six months exclusive breastfeeding: a qualitative study in New Zealand. *Breastfeed Rev*. 2018 Mar;26(1):23-36.

17. Negin J, Coffman J, Vizintin P, Raynes-Greenow C. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 [citado a 2022 Jun 20];16(91):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0880-5> DOI: 10.1186/s12884-016-0880-5.
18. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Thierry X, et al. Breastfeeding initiation and duration in France: the importance of intergenerational and previous maternal breastfeeding experiences-results from the nationwide ELFE study. *Midwifery* [Internet]. 2019 Feb [citado a 2022 Jun 20];69:67-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.020>.
19. Concha N, Jovchelocitch S. Grandmothers: central scaffolding sources impacting maternal and infant feeding practices in Colombia. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2021 [Citado a 2022 Jun 20];17(S1):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.13162> DOI: 10.1111/mcn.13162.
20. World Health Organization, United Nations Children's Fund, editors. Implementation guidance. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. Geneva (CH): World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2018. 52p.
21. Xiao X, Loke AY. Experiences of intergenerational co-parenting during the postpartum period in modern China: a qualitative exploratory study. *Nurs Inq* [Internet]. 2021 [citado a 2022 Jun 20];28(3):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nin.12403> DOI: 10.1111/nin.12403.

Efetividade do duche terapêutico no alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto

Effectiveness of therapeutic showering in pain relief during the first stage of labor

Alexandra Tereso¹

orcid.org/0000-0002-4746-3649

Filipa Lopes²

orcid.org/0000-0013-1676-9466

Rute Guterres³

orcid.org/0000-0001-9999-9499

Helena Bértolo⁴

orcid.org/0000-0002-6612-2700

Lucinda Carvalho⁵

orcid.org/0009-0009-8940-8304

Alice Curado⁶

orcid.org/0000-0002-9942-7623

¹ Doutoramento. Departamento de Saúde Materna, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

² Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

³ Licenciatura em Enfermagem. CHLO - Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

⁴ Mestrado. Departamento de Saúde Materna, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

⁵ Licenciatura em Enfermagem. CHLO - Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

⁶ Doutoramento. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

Resumo

Introdução

A prevenção da dor e o seu controlo eficaz são enfatizados como prioridades para a humanização das unidades obstétricas. O duche terapêutico constitui uma alternativa não farmacológica fácil de implementar, cuja eficácia não tem sido reconhecida pelos enfermeiros.

Objetivo

Avaliar a efetividade do duche terapêutico no alívio da dor durante a primeira fase do trabalho de parto.

Métodos

Estudo *quasi*-experimental tendo como questão de investigação: será que o duche terapêutico é efetivo no alívio da dor durante a primeira fase do trabalho de parto? Foi utilizada uma amostra de conveniência (n=81) e os dados foram recolhidos em duas maternidades. A dor foi avaliada utilizando uma Escala Numérica antes da aplicação da água como padrão comparativo do nível de dor antes e depois da aplicação de água quente (imediatamente depois, 10 e 20 minutos depois). A análise dos dados foi realizada utilizando SPSS®, v.27.

Resultados

A ANOVA de medições repetidas mostrou resultados estatisticamente significativos. A análise de contraste entre a primeira e a segunda medição revelou diferenças significativas entre o nível médio de dor imediatamente após e 10 minutos após a aplicação da água. Contudo, a análise *post hoc* revelou que após 20 minutos, as diferenças entre as médias não eram estatisticamente significativas.

Conclusão

O duche terapêutico é eficaz na redução da dor imediatamente após e 10 minutos após a aplicação da água.

Palavras-chave

Hidroterapia; Dor de Parto; Manejo da Dor; Avaliação da Dor.

Abstract

Introduction

Pain prevention and effective control is emphasized as a priority for the obstetric unit's humanization. The therapeutic shower it's an easy-to-deploy non-pharmacological alternative whose effectiveness has not been recognized by nurses.

Objective

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of therapeutic showering for pain relief during the first stage of labor.

Autor de correspondência

Alexandra Tereso

E-mail: alexandra.tereso@esel.pt

Recebido: 05.06.2023

Accite: 14.10.2023

Como citar este artigo: Tereso A, Lopes F, Guterres R, Bértolo H, Carvalho L, Curado A. Efetividade do duche terapêutico no alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto. Pensar Enf [Internet]. 2023 Nov; 27(1):146-154. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.280>



Methods

Quasi-experimental study with the following research question: Is the therapeutic shower effective in relieving pain during the first stage of labor? Convenience sampling (n=81) was used. Data were collected in the two maternity wards. Labor pain was assessed using a Numeric Scale before water application as a comparative standard of pain level before and after warm water application (immediately after, 10 and 20 minutes after). Data analysis was performed using SPSS®, v.27.

Results

Repeated measurement ANOVA showed statistically significant results. Contrast analysis between the first and second measurements revealed significant differences between the mean level of pain immediately and 10 minutes after water application. However, post hoc analysis revealed that after 20 minutes, the differences between the means were not statistically significant.

Conclusion

Therapeutic showering is effective in pain reduction immediately and 10 minutes after water application.

Keywords

Hydrotherapy; Labor Pain; Pain Management; Pain Measurement.

Introdução

A dor pode influenciar de forma significativa o desenvolvimento do trabalho de parto e interferir nas decisões e na satisfação das parturientes. Ansiedade e dor podem estar associadas a trabalhos de parto mais prolongados, níveis mais elevados de hormonas de stress e a um maior recurso à analgesia farmacológica.¹⁻⁵ Os enfermeiros obstetras enquanto cuidadores privilegiados da parturiente, do feto e da família, podem ter um papel fundamental considerando a dor como 5º sinal vital e promovendo o recurso a estratégias não farmacológicas para o seu alívio.⁶

Disponibilizar alternativas não farmacológicas que facilitem a autonomia das mulheres e a tomada de decisão na gestão da dor durante o trabalho de parto, pode minimizar o medo e a ansiedade e facilitar a libertação de hormonas que favoreçam o processo.⁷ No primeiro estágio do trabalho de parto, vários estudos referem que a abordagem farmacológica convencional pode não ser benéfica para a evolução fisiológica do parto.⁸ Neste âmbito, os enfermeiros obstetras no desempenho das suas competências, podem contribuir de uma forma objetiva para prevenir os efeitos indesejados das estratégias farmacológicas, melhorar as sensações físicas e prevenir e a perceção psíquica e emocional da dor das parturientes.⁹

Dentro das alternativas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, a hidroterapia (definida como a aplicação externa de água para fins terapêuticos), é considerada por várias instituições nacionais e internacionais, como uma das alternativas que pode proporcionar um alívio da dor mais significativo e otimizar a experiência positiva de parto da mulher, do feto e da família.^{6, 9-12}

Em Portugal, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros⁹ no seu Projeto Maternidade com Qualidade, destaca como um dos indicadores da relevância do projeto e da sua avaliação, a importância da promoção e aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto. O projeto defende que a utilização da água durante o trabalho de parto, nomeadamente no 1º e no 2º estágio, é um método de alívio da dor que promove o bem-estar da mulher e contribui para a diminuição da incidência de episiotomias e de partos por cesariana. Dois dos conceitos nucleares dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia, são os cuidados centrados na parturiente e a promoção do parto normal.¹³ Neste âmbito, disponibilizar o duche terapêutico às parturientes e apoiá-las nas decisões relativas à gestão da dor durante o trabalho de parto, pode ser um contributo para o reconhecimento do protagonismo da mulher no parto e da sua despatologização.¹⁴

A Ordem dos Enfermeiros¹⁵, refere que a utilização terapêutica do duche de água quente reduz de forma estatisticamente significativa o recurso à analgesia epidural durante o período de dilatação e que não apresenta efeitos adversos com implicações na duração do trabalho de parto, na taxa de partos cirúrgicos e no bem-estar neonatal. Disponibilizar a hidroterapia nos hospitais portugueses, neste caso sob a forma de duche de água quente (também designado como duche terapêutico), requer um ambiente empoderador das parturientes e políticas de cuidados adequadas que enquadrem as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor nas unidades obstétricas. Neste contexto e tendo em conta os seus efeitos benéficos, é fundamental encorajar a utilização do duche terapêutico pela sua facilidade de aplicação e por não requerer grandes investimentos em recursos.

No entanto, apesar dos contributos mencionados, na prática, ainda se constata que a sua utilização não é generalizada e que de acordo com Stark e Miller¹⁶, existem algumas barreiras para que isso aconteça. Estes autores consideram que é importante desenvolver investigação sobre a existência de barreiras que inclua as estratégias para as ultrapassar.

Stark¹⁷ procurou testar a efetividade do duche terapêutico durante o trabalho de parto, num estudo com uma amostra constituída por 32 parturientes em fase ativa de trabalho de parto, em que a aplicação da água foi realizada durante 30 minutos. Neste estudo, verificou que em relação ao grupo

de controlo, houve uma redução estatisticamente significativa da dor, e que o duche terapêutico revelou efetividade na redução da dor, desconforto, ansiedade e tensão e que simultaneamente contribuiu para o relaxamento e apoio durante o trabalho de parto.

Não obstante a evidência mencionada, nas maternidades portuguesas, a utilização da hidroterapia está longe de estar difundida e frequentemente é preterida em relação às estratégias farmacológicas. Assim, se por um lado os recursos materiais (quer no caso do banho de imersão ou na aplicação da água através do chuveiro) são fundamentais, por outro, a produção de investigação e a disseminação dos resultados sobre a sua efetividade, podem ser determinantes para a motivação dos enfermeiros e para o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência.

Stark¹⁸ considera que é importante distinguir o duche terapêutico do duche higiénico que habitualmente inclui esforço e movimentos ativos para lavar e limpar. O duche terapêutico é essencialmente passivo, permitindo que o fluxo de água atinja o efeito pretendido. As razões terapêuticas para o duche podem incluir aquecimento, arrefecimento, humedificação, relaxamento, revitalização e massagem, bem como alívio da dor.¹⁹ Para obter o benefício desejado do duche, a exposição a um duche quente requer mais tempo do que o necessário para um duche higiénico.

Apesar de existirem alguns estudos que avaliam a efetividade da hidroterapia, constata-se que a evidência científica disponível tem como foco a hidroterapia efetuada através de banho de imersão. Nalguns países, o duche quente é habitualmente utilizado durante o trabalho de parto, mas não é objeto de estudos científicos, nem de debate.²⁰ Neste âmbito, a avaliação da sua efetividade torna-se essencial para alicerçar uma prática baseada em evidência que promova uma experiência de parto mais saudável e gratificante. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade do duche terapêutico no alívio da dor durante a primeira fase do trabalho de parto em hospitais portugueses.

Métodos

As opções metodológicas derivam da natureza do problema sob estudo, bem como dos objetivos de pesquisa formulados, e são basilares para atestar a fiabilidade e qualidade dos resultados da investigação. Foi realizado um estudo *quasi*-experimental que investigou uma população específica, neste caso, parturientes que referiram dor na primeira fase do trabalho de parto, com a seguinte questão de pesquisa: O duche terapêutico é efetivo no alívio da dor durante a primeira fase do trabalho de parto?

A evolução do nível de dor, foi avaliada antes da aplicação da água *versus* 3 momentos de aplicação de água (imediatamente após a aplicação, 10 minutos após e 20 minutos após), na zona pélvica, na zona lombar ou em mais do que um local. A análise de dados foi efetuada com recurso à ANOVA de medições repetidas. Os pressupostos foram analisados com recurso aos testes de Kolmogorov-

Smirnov e Mauchly²¹ nomeadamente, a normalidade das distribuições e a esfericidade da matriz de variâncias-covariâncias. A variável nível de dor apresentou distribuição normal nos 2 primeiros momentos avaliados após a aplicação: imediatamente a seguir à aplicação e 10 minutos após com $p > 0.05$. No terceiro momento não apresentou distribuição normal, nem variâncias homogéneas, nem covariâncias nulas ($W=0.974$; $X^2(2)=1.933$; $p=0.380$), verificando-se a esfericidade. As comparações múltiplas foram efetuadas por recurso a contrastes usando a primeira medição (imediatamente após aplicação da água) como referência e ao testes *post-hoc* LSD de Fisher. A análise de dados foi efetuada com recurso ao *Software IBM SPSS® Statistics* for Windows, v.27 (IBM Corp., Armonk, N. Y., USA).

Participantes

A amostragem foi não aleatória, acidental, casual ou conveniente²¹ com uma dimensão de 81 observações ($n=81$), considerando-se como participantes, todas as mulheres em trabalho de parto que cumprissem os critérios de inclusão adotados, nomeadamente: parturientes no 1º estágio do trabalho de parto que verbalizaram dor; idade superior a 18 anos; gravidez de baixo risco, de termo e com feto único; critérios clínicos que garantissem a segurança na intervenção e na sua avaliação. Foram respeitados os requisitos éticos e legais para participarem e as participantes assinaram o formulário de consentimento livre e esclarecido. As parturientes que foram submetidas a outras estratégias farmacológica ou não farmacológicas para alívio da dor, foram excluídas.

O estudo foi realizado em duas maternidades portuguesas (uma pública e outra privada), na área metropolitana de Lisboa, no período compreendido entre junho de 2018 a dezembro de 2021 (realça-se que o período de tempo relativo à colheita de dados foi prolongado devido às restrições impostas pela pandemia pelo SARS Cov-2 em Portugal).

Riscos/Benefícios para as participantes

A intervenção (duche terapêutico) não implicava riscos previsíveis para as parturientes ou para os fetos. Segundo o American College of Nurse Midwives²², a investigação de alta qualidade válida que a utilização de hidroterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto não aumenta o risco para parturientes ou recém-nascidos saudáveis quando são seguidas diretrizes clínicas baseadas em provas. A verificação das condições clínicas necessárias à garantia da segurança para a participação de cada parturiente foi da responsabilidade do enfermeiro obstetra que estava a acompanhar a parturiente. A utilização desta estratégia implicou uma reorganização dos espaços e do equipamento de forma a disponibilizar os recursos físicos necessários para o acesso e a aplicação do duche terapêutico, a preservar a

privacidade e a intimidade das parturientes, e a garantir a segurança durante o procedimento de que se destaca a prevenção de alterações bruscas na temperatura da água e a prevenção do risco de quedas. Os benefícios relativos à participação das parturientes neste estudo disseram respeito ao alívio da dor como resultado da intervenção proposta.

Instrumento de colheita de dados

Foi desenvolvido um inquérito por questionário que incluía duas partes. A primeira, remetia para a caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes e incluía os seguintes itens: idade, escolaridade, nacionalidade, índice obstétrico, local de vigilância de gravidez, elaboração/negociação de plano de parto, frequência do curso de preparação para o parto e para a parentalidade e a inclusão do duche terapêutico nesse curso. Na segunda parte, o instrumento incluía questões relativas à localização da dor (pélvica, lombar ou em mais do que um local), à duração da aplicação da água, aos locais de aplicação, e à avaliação do nível de dor em quatro momentos (antes da intervenção, imediatamente após, aos 10 minutos e aos 20 minutos após a intervenção). Para a avaliação da dor foi utilizada a escala numérica com 11 pontos. Esta escala consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 (que corresponde a não ter dor) a 10 (que corresponde à dor máxima).²³ Esta régua foi utilizada na sua versão horizontal e a intensidade da dor foi sempre a referida pela parturiente que foi registada pelos enfermeiros obstetras nos diferentes momentos de avaliação. Todas as parturientes receberam uma explicação prévia da escala com linguagem simples e acessível e foi confirmado que compreendiam corretamente o seu significado e forma de utilização.

Aspetos éticos

Foi obtido o parecer favorável das Comissões de Ética para a Saúde das instituições envolvidas (RNEC: 20170700050). Foi obtido o consentimento informado sob a forma escrita de todas as parturientes e foi reforçado que poderiam interromper a participação em qualquer altura, sem qualquer tipo de consequência e sem terem de explicar as razões. As participantes foram também informadas de que informação recolhida seria tratada como confidencial, seria codificada e introduzida numa base de dados para análise estatística e somente seria utilizada para a finalidade a que o estudo se

propõe. O sigilo e o anonimato foram garantidos, bem como a privacidade e a intimidade durante a intervenção. Todos os procedimentos a Declaração de Helsínquia e as diretrizes e regulamentos relevantes.

Intervenção

A intervenção terapêutica consistia na aplicação do duche terapêutico. A todas as potenciais participantes, foi proporcionada informação prévia sobre a intervenção pelo enfermeiro obstetra e foi avaliada a disponibilidade para a intervenção. Em todas as situações foi avaliada a evolução do trabalho de parto antes da intervenção e foram auscultados os batimentos cardíacos fetais antes e depois da intervenção.

Foi dada a liberdade de escolha dos locais para aplicação da água e foi efetuado o registo dos locais nos quais as parturientes incidiram com o chuveiro. A duração da aplicação da água foi registada em intervalos de tempo: inferiores a 10 minutos, entre 10 e 20 minutos e superiores a 20 minutos. No que diz respeito à temperatura, optou-se por garantir que o duche era efetuado com água quente, mas, que a temperatura era ajustada por cada parturiente de forma a proporcionar bem-estar e conforto.

Resultados

As parturientes que participaram no estudo apresentavam idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos e uma idade média de 30 anos ($M=29.96$) com um desvio padrão de 6 ($DP=5.54$). No que concerne ao país de origem, 77% eram de origem portuguesa, 11% brasileiras, 5% cabo-verdianas, 4% angolanas e os restantes 3% eram australianas, italianas e russas (1% cada). Relativamente ao nível de escolaridade, 50% tinham curso superior (bacharelato 3%, licenciatura, mestrado e doutoramento 47%), 35% tinham entre o 10º e o 12º ano e as restantes, o 4º ano.

Das participantes, 69% eram primíparas (mães pela primeira vez) e não frequentaram qualquer curso de preparação para o parto. As restantes 31% frequentaram cursos de preparação e 26% destas referiram que a temática da hidroterapia tinha sido abordada.

A avaliação da dor foi efetuada antes da intervenção como padrão comparativo do nível de dor antes da aplicação da água e após aplicação (imediatamente após aplicação, 10 minutos após e 20 minutos após) (Figura 1).

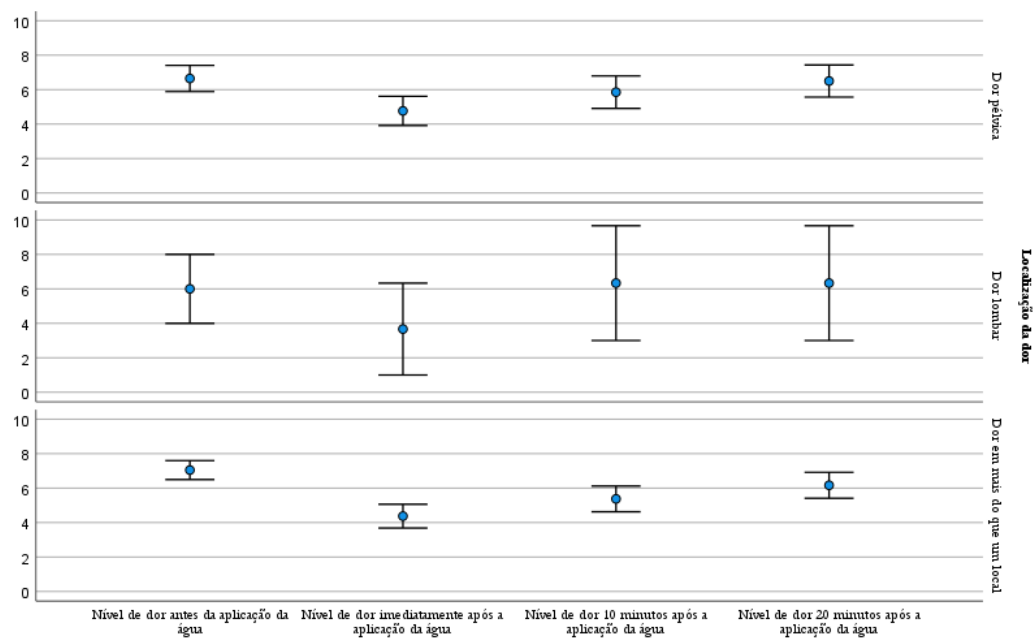


Figura 1 - Distribuição do nível de dor segundo a localização da dor [Mean+2 Standard Error (SE)]

Para analisar os níveis médios de dor mediante o tempo de aplicação da água, usou-se como referência o valor médio da dor antes da sua aplicação (Mean=6,85, SE=0,22). Comparativamente com os resultados que se observam na Figura 2, verifica-se que independentemente dos tempos de aplicação de água, o nível médio de dor diminui

imediatamente após a aplicação, constatando-se o seu aumento progressivo aos 10 e aos 20 minutos. No entanto, o tempo de aplicação da água em minutos mostra uma maior dispersão dos dados quando é inferior a 10 minutos e superior a 20, relativamente ao tempo intermédio entre 10 e 20 minutos.

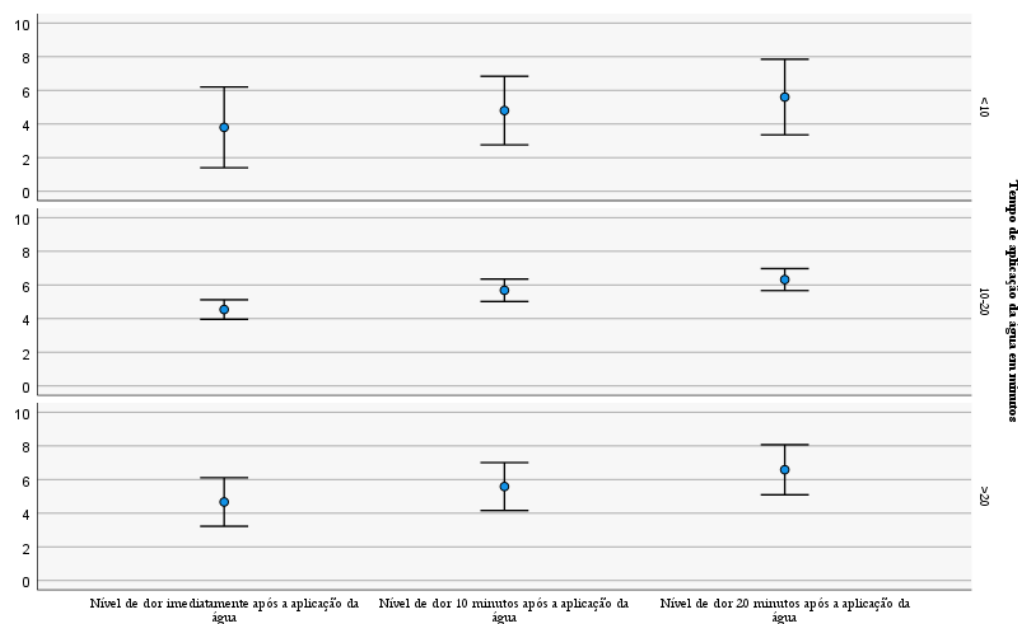


Figura 2 - Distribuição do nível de dor segundo o tempo de aplicação da água

Foram analisados os três momentos de avaliação da dor relacionados com o local onde foi aplicada a água (zona pélvica, lombar ou em mais do que um local).

Como ilustra a Figura 1, o acréscimo do nível de dor (pélvica, lombar e em mais do que um local), tem início imediatamente após a aplicação da água para os momentos dos 10 e dos 20 minutos após a aplicação, embora com uma maior dispersão dos dados quando a dor é localizada na região lombar.

A ANOVA de medições repetidas, mostra que os resultados foram estatisticamente significativos [$F(2,10)=23,12$; $p<0,001$; $\eta^2_p=0,236$ e $\pi=0,878$]. A análise de contrastes entre a primeira medição (antes da aplicação da água) e as restantes medições, revelou diferenças estatisticamente significativas com exceção da análise de contraste entre a primeira e a segunda medição que revelou diferenças significativas entre o nível médio de dor avaliado imediatamente após a aplicação da água e 10 minutos após a aplicação [$F(1,5)=15,324$, $p<0,001$, $\eta^2_p=0,170$ e $\pi=0,972$]. Contudo, a análise *post-hoc* revelou que após os 20 minutos, as diferenças entre as médias não eram significativas ($p>0,05$).

Discussão

Constata-se que na maioria dos estudos sobre a aplicação terapêutica do duche de água quente, uma grande parte dos autores, mencionados como referências ou mobilizados na discussão dos resultados, investigaram apenas o efeito da hidroterapia aplicada através do banho de imersão como é o caso de Benfield *et al.*⁴, Simkin e Bolding²⁰, Eckert *et al.*²⁴, Cluett *et al.*²⁵, Silva *et al.*²⁶ and Gallo *et al.*²⁷. Destes, destacam-se Eckert *et al.*²⁴ que, contrariamente a todos os outros, concluem que a imersão em água quente não confere nenhum benefício claro para as parturientes e que quando é realizada com a temperatura da água superior a 37°C, pode ser prejudicial para o feto.

No âmbito da aplicação da hidroterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto, é importante referir que o duche de água quente tem especificidades e proporciona contributos que se distinguem dos do banho de imersão. Johnson *et al.*²⁸ afirmam que habitualmente as parturientes utilizam o duche de água quente, adotando posições verticais, o que inclui permanecer de pé, balançar-se, agachar-se ou sentar-se e que podem ir alternando posições no duche para direcionarem os jatos para onde for necessário para proporcionar alívio da dor ou efeitos calmantes. Assim, o duche oferece inúmeros benefícios durante o trabalho de parto que são proporcionados pelo movimento, tais como o alívio da dor, aumento do sentido de autoeficácia, tranquilidade, conforto e perceção de controlo sobre o ambiente e a experiência do parto.²⁸

Stark¹⁸ também refere que o duche terapêutico promove e facilita o trabalho de parto fisiológico através do impacto rítmico da água quente que pode proporcionar uma

distração sensorial agradável, através da liberdade de movimentos e através da deambulação que o duche implica devido à necessidade de caminhar para entrar e sair do duche.

Gayeski *et al.*²⁹ avaliaram a aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, do ponto de vista das primíparas (n=188), no dia da alta hospitalar e constataram que o duche de água quente era o segundo método não farmacológico mais usado (91.5%) [o suporte emocional proporcionado pelo acompanhante da parturiente era o primeiro (97.3%)]. Neste contexto é também importante mencionar, que alguns autores consideram que há escassez de evidência científica para suportar o duche de água quente como uma intervenção terapêutica. Destes, destacam-se Simkin e O'Hara³⁰, e Stark¹⁸ que afirmam que, se por um lado o duche é considerado como uma estratégia de coping eficaz durante o trabalho de parto, por outro constata-se uma escassez de investigação acerca da sua eficácia.

Da investigação desenvolvida com o objetivo de avaliar o efeito terapêutico do duche de água quente para alívio da dor durante a primeira fase do trabalho de parto, realçamos, o trabalho de Davim *et al.*³¹ no qual foi observado um alívio significativo na dor das parturientes após a aplicação do duche com água à temperatura ambiente, e o estudo realizado por Barbieri *et al.*³² em que foi utilizado o duche com água a 37°C direcionado para a região lombo sagrada durante 30 minutos, e no qual, os resultados evidenciaram que não houve diferença significativa no score de dor avaliado antes da intervenção e 1 hora após. Tal como Barbieri *et al.*³², Stark¹⁸ no estudo que publicou em 2013, concluiu que o duche terapêutico não reduziu significativamente a perceção de dor nas participantes. Nesse estudo, a direção do jato de água e a temperatura poderiam ser ajustadas pelas parturientes, e por motivos de segurança, as parturientes permaneciam sentadas durante o procedimento.¹⁸ Neste estudo a avaliação da dor foi realizada 10 minutos depois da intervenção e o autor considerou que se a dor tivesse sido avaliada antes da parturiente sair do duche, poderia ter havido uma redução mais evidente e os resultados poderiam ter sido diferentes. Com resultados diferentes, refere-se o estudo realizado por Santana *et al.*³³, que mostra de uma forma mais esclarecedora os benefícios do duche de água quente, ao mencionar nas suas conclusões, que, na fase ativa do trabalho de parto, quando a intervenção tem uma duração superior a 20 minutos e com uma temperatura entre 37 e 39°C, é efetiva na redução da intensidade da dor. Com resultados no mesmo sentido realçam-se ainda os contributos do estudo que Stark¹⁷ realizou em 2017, no qual concluiu que o grupo que foi submetido à intervenção, durante 30 minutos (este período de tempo foi definido com base na pesquisa realizada por Benfield *et al.*³⁴, cujos resultados com o banho de imersão com uma duração de 15 minutos revelaram diferenças significativas) apresentaram reduções

estatisticamente significativas da dor, desconforto, ansiedade e tensão e um aumento significativo do relaxamento, e que o duche terapêutico era efetivo na redução da dor.

Lee *et al.*⁸, observaram que a média do score de dor foi menor aos 10 minutos após o duche do que aos 20 minutos após. Apesar de não terem avaliado a dor imediatamente após a aplicação da água e não terem incluído o registo da localização da dor nem dos locais de aplicação da água, apresentam resultados semelhantes aos encontrados no estudo que se apresenta e que destaca a efetividade do duche de água quente pelo menos em dois momentos após a aplicação da água, apesar de no terceiro momento (20 minutos após a aplicação) se tenha verificado um decréscimo da ação da intervenção. Lee *et al.*⁸ que definiram como temperatura adequada para a intervenção durante 20 minutos, os 37°C, afirmam que as parturientes do grupo experimental, que foram submetidas à aplicação de água quente através do duche, reportaram scores significativamente mais baixos na Escala Visual Analógica da Dor, na dilatação cervical entre 4 e 7 cm e experiências de parto mais satisfatórias do que no grupo de controle. Relativamente aos locais de aplicação da água, após a aplicação de um duche durante 5 minutos em todo o corpo ou na região dorsal, as parturientes puderam dirigir os jatos de água para os locais que lhes proporcionassem mais conforto. Não foi incluído o registo sobre a localização da dor nem sobre os locais de aplicação da água após os 5 minutos.

Não obstante os estudos que apenas mencionam os efeitos benéficos do duche terapêutico, é também importante referir os estudos que não corroboram estes achados como é o caso dos estudos publicados por Henrique *et al.*¹ e Cavalcanti *et al.*³⁵, nos quais foi observado um aumento dos scores de dor e a abreviação da duração do trabalho de parto no grupo das parturientes submetidas à intervenção.

No que diz respeito à investigação desenvolvida com o objetivo de avaliar aspetos específicos do duche terapêutico ou duche de água quente, nomeadamente a temperatura, a duração da aplicação e os locais de aplicação, referimos Hecox *et al.*³⁶ que defendem que o efeito da água para alívio da dor é maior quando a temperatura varia entre 37 e 40°C e quando é aplicada em períodos de tempo que variam entre 20 a 30 minutos, e Lee *et al.*⁸ que defendem os 37°C como temperatura ideal da água.

No presente estudo, os resultados mostraram que após aplicação da água, o tempo em minutos interfere com o nível da dor. Apesar do padrão nos três tempos de avaliação da dor ser semelhante no intervalo entre os 10 e os 20 minutos, constata-se uma diminuição do nível de dor mais acentuada imediatamente após a aplicação da água, e os resultados também parecem mais consistentes pois há uma menor dispersão dos mesmos.

Conclusão

O duche terapêutico ou duche de água quente é uma estratégia não farmacológica que no 1º estágio do trabalho de parto, contribui para um alívio da dor seguro, mas temporário, verificando-se o acréscimo do nível de dor (pélvica, lombar e em mais do que um local), imediatamente após a aplicação da água para o momento dos 10 e dos 20 minutos após a aplicação, embora com uma maior dispersão dos dados quando a dor é localizada na região lombar.

É fundamental que os benefícios desta estratégia se tornem acessíveis às parturientes como uma das dimensões do parto humanizado e que os enfermeiros promovam o exercício do direito à autodeterminação da mulher, que inclui a decisão livre e informada sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante a primeira fase do trabalho de parto.

Esta estratégia de alívio da dor não requer treino prévio das parturientes nem a necessidade de recursos físicos específicos, uma vez que a maioria das maternidades portuguesas tem chuveiros de água quente disponíveis nas casas de banho acessíveis às parturientes. No entanto, a utilização do duche de água quente pode ter algum impacto na afetação de recursos humanos, uma vez que implica a disponibilidade de um enfermeiro para acompanhar a parturiente durante o procedimento, o que, com as restrições de pessoal no contexto da pandemia da SARS-CoV-2, foi uma limitação.

É relevante que seja desenvolvida mais investigação sobre o duche de água quente que permita não só avaliar o seu efeito no alívio da dor, mas, também, na evolução do trabalho de parto e na satisfação da parturiente e família. Através da produção desse conhecimento e da sua disseminação, pode-se contribuir para a visibilidade do duche nas *guidelines* que orientam as práticas dos enfermeiros obstetras, nos cursos de preparação para a parentalidade e na uniformização dos recursos não farmacológicos para o alívio da dor disponíveis nos blocos de partos em Portugal.

Relacionando os resultados da investigação em que após a intervenção e à medida que o tempo passa a dor aumenta e, tendo em conta outros estudos que consideram que a avaliação quando não é realizada imediatamente após a intervenção apresenta níveis de dor mais elevados, seria interessante fazer sempre avaliações da dor imediatamente após a intervenção e em intervalos mais curtos, nomeadamente aos 5 e aos 10 minutos.

Limitações do estudo

Como limitações deste estudo menciona-se: o tamanho da amostra, o tipo de amostragem, as restrições decorrentes da pandemia pelo SARS Cov-2 e o não ter sido avaliada a temperatura da água do duche, pois, cada parturiente regulou a temperatura de forma a sentir-se confortável.

Contribuições autorais

AT: Conceção e desenho do estudo; recolha de dados; análise e interpretação dos dados; análise estatística; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

FL: Conceção e desenho do estudo; recolha de dados.

RG: Conceção e desenho do estudo; recolha de dados.

HB: Conceção e desenho do estudo; elaboração do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

LC: Conceção e desenho do estudo; recolha de dados.

AC: Conceção e desenho do estudo; recolha de dados; análise e interpretação dos dados; análise estatística; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse e Financiamento

As autoras declararam não haver conflitos de interesse em relação à autoria e, ou à publicação deste artigo. Declaram ainda que as opiniões expressas neste artigo são da sua autoria e não representam uma posição oficial da instituição ou de algum agente financeiro.

Agradecimentos

As autoras agradecem às parturientes que voluntariamente se disponibilizaram para participar neste estudo e às enfermeiras e enfermeiros que integraram a equipa para a colheita de dados.

Fontes de apoio / Financiamento

As autoras declararam que não houve financiamento.

Referências

- Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barbieri M. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2018;24(3):e12642. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijn.12642>
- Alehagen S, Wijma B, Lundberg U, Wijma K. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2005;26(3):153-165. Available from: <https://doi.org/10.1080/01443610400023072>
- Alexander M, Sharma K, McIntire D, Wiley J, Leveno KJ. Intensity of labor pain and cesarean delivery. *Anesth. Analg.* 2001;92(6):1524-1528.
- Benfield RD, Hortobágyi T, Tanner CJ, Swanson M, Heitkemper MM, Newton ER. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2010;12(1):28-36. Available from: doi:10.1177/1099800410361535
- Newton ER, Schroeder BC, Knape KG, Bennett BL. Epidural analgesia and uterine function. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1995;85(5 Pt 1):749-755. Available from: [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00046-T](https://doi.org/10.1016/0029-7844(95)00046-T)
- World Health Organization. Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. [cited 2020 Aug 10]. 210 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;sessionid=45FA83F4149A48DE3EBDBB67EACADCD1?sequence=1>.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 Jul 15;7:CD003766. Available from: doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5
- Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2013;42(1):19-28. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica. Projeto maternidade com qualidade [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [cited 2020 Jun 3]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf.
- American College of Nurse-Midwives. Position statement: Hydrotherapy during labor and birth [Internet]. Silver Spring, MD: ACNM; 2014. Available from: <https://www.midwife.org/acnm/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000286/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in water during labor and delivery. Committee opinion n° 679 [Internet]. Washington: ACOG; 2016. [cited 2021 Jun 10]. Available from: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-onObstetric-Practice/co679.pdf?dmc=1&ts=20171203T2215264533>.
- NICE. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [Internet]. 2014 Dec. 3. [cited 2020 Jun 3]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
- Simkin P, Ancheta R. The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia. 3th ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
- Tereso A. Coagir ou Emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes. Coimbra: Formasau; 2005.

15. Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica. Maternidade com qualidade: Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Indicador de evidência. [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; [n.d]. [cited 2021 Sept 25], Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProietoMaternidadeComQualidade.pdf.
16. Stark MA, Miller MG. Barriers to the use of hydrotherapy in labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [Internet].2009;38(6):667-675. Available from: doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01065.x
17. Stark MA. Testing the effectiveness of therapeutic showering in labor. *J Perinat Neonatal Nurs.* [Internet]. 2017;31(2):109-117. Available from: doi:10.1097/JPN.0000000000000243
18. Stark MA. Therapeutic showering in labor. *Clin Nurs Res* [Internet]. 2013;22(3):359-374. Available from: doi:10.1177/1054773812471972
19. Stark A, Craig J, Miller M. Designing an intervention: therapeutic showering in labor. *Appl Nurs Res* [Internet].2011;24(4):73-e77. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2011.07.002>
20. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health.*[Internet]. 2004;49(6):489-504. Available from: doi: [10.1016/j.jmwh.2004.07.007](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007)
21. Marôco, J. Análise estatística com SPSS statistics. 7th ed. Pero Pinheiro: ReportNumber; 2018.
22. American College of Nurse-Midwives. Hidrotherapy during labor and birth. Position statement. 2014 April. [cited 2021 Sept 25]. Available from: <http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/FILENAME/000000004048/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf>
23. Direção-Geral da Saúde. Dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011.
24. Eckert K, Turnbull D, MacLennan A. Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* [Internet]. 2001;28(2):84-93. Available from: doi:10.1046/j.1523-536x.2001.00084.x
25. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2004;(2):CD000111. Available from: doi:10.1002/14651858.CD000111.pub2
26. Silva FMB, Oliveira SM, Nobre MR. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery.*2009;25(3):286-294 <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.04.006>
27. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina.* 2011;39(1):41-48.
28. Johnson N, Nokomis Z, Stark, MA. The nurses' role in providing comfort during childbirth using ambulation and hydrotherapy. *Int J Nur Stud* [Internet]. 2018;3(1):123-131. Available from: <https://doi.org/10.20849/ijns.v3i1.347>
29. Gayeski ME, Brüggemann OM, Monticelli M, Santos EK. Application of nonpharmacologic methods to relieve pain during labor: The point of view of primiparous women. *Pain Manag Nurs.* [Internet]. 2015;16(3):273-284. Available from: doi:10.1016/j.pmn.2014.08.006
30. Simkin PP, O'hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002;186(5 Suppl Nature):S131-S159. Available from: doi:10.1067/mob.2002.122382
31. Davim R, Torres G, Dantas J, Melo E, Paiva C, Vieira D, Costa I. Showering as a non pharmacological strategy to relief the parturients pain. *Rev Eletr Enferm.* [Internet]. 2008;10(3):600-609. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46588>
32. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia L, Gabrielloni, MC. Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013; 26(5): 478-84. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500012>
33. Santana S, Gallo S, Ferreira J, Quintana M, Marcolin C. Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Rev. Dor.* 2013;14(2):111-113
34. Benfield RD, Herman J, Katz VL, Wilson SP, Davis JM. Hydrotherapy in labor. *Res Nur Health.* [Internet]. 2001;24(1):57-67 Available from: [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200102\)24:1<57::AID-NUR1007>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200102)24:1<57::AID-NUR1007>3.0.CO;2-J)
35. Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brasil CM, Gabrielloni MC, Barbieri M. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019;40:e20190026. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>.
36. Hecox B, Weisberg J, Andemicael-Mehreteab T, Sanko J. Integrating physical agents in rehabilitation. 2th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall Press; 2005.

Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença: uma intervenção da Enfermagem Comunitária

Training hypocoagulated users and their families in disease management: a community nursing intervention

Rute Rego¹

 orcid.org/0000-0001-5074-2836

Edmundo Sousa²

 orcid.org/0000-0003-2136-4471

Fátima Pinto³

¹ Mestrado. ACES Arrábida/USF Sesimbra, Sesimbra, Portugal.

² Doutoramento. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CINDUR)/ESEL, Lisboa, Portugal.

³ Mestrado. ACES Arrábida/USF São Filipe, Setúbal, Portugal.

Resumo

Introdução

As doenças cérebro-cardiovasculares necessitam de um acompanhamento regular e especializado, onde se inclui as patologias que necessitam de anticoagulantes orais, com o intuito de diminuir os internamentos por descompensação clínica, manter a pessoa ativa e diminuir o seu grau de dependência, necessitando de uma parceria profissional/utente/família na sua gestão. O projeto foi sustentado pelo referencial teórico de Dorothea Orem, Teoria do Défice do Autocuidado.

Objetivo

Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença.

Métodos

Aplicado a metodologia do planeamento em saúde. O diagnóstico de situação foi desenvolvido com recurso a questionários aplicado ao utente no sentido de validar o seu conhecimento sobre a gestão da doença e um segundo aplicado à família para compreender o seu conhecimento sobre as necessidades do seu familiar. A amostra não probabilística por conveniência, foi constituída por 18 utentes e 5 familiares nas consultas realizadas durante o período de estágio.

Resultados

O diagnóstico de situação revelou défice de conhecimento sobre a gestão da doença: no autocuidado, regime terapêutico e sua interação, bem como défice do papel da família no acompanhamento do seu familiar e na perceção das suas necessidades. Utilizou-se como estratégia, a educação para a saúde no sentido de melhorar os problemas identificados através da capacitação dos utentes e famílias intervencionadas. Após a intervenção verificou-se um aumento de conhecimentos em todos os pontos abordados: autocuidado (92,85%), regime terapêutico e sua interação (85,71%). Quanto à intervenção familiar verificou-se que os participantes são familiares conviventes com os utentes hipocoagulados e já assumiram o papel de cuidador.

Conclusão

Este projeto contribuiu para o conhecimento dos utentes hipocoagulados e família, através da intervenção da enfermagem comunitária, bem como a reflexão sobre como desenvolver estratégias com as famílias, no sentido de as capacitar na deteção precoce de intervir no autocuidado do seu familiar e na gestão dos papeis familiares.

Palavras-chave

Utentes; Família; Anticoagulantes Oraís; Educação para a Saúde; Enfermagem Comunitária.

Autor de correspondência

Rute Rego

E-mail: rute-rego@hotmail.com

Recebido: 19.04.2023

Aceite: 14.09.2023

Como citar este artigo: Rego R, Sousa E, Pinto F. Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença: uma intervenção da Enfermagem Comunitária. *Pensar Enf* [Internet]. 2023 Out; 27(1):155-161. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.276>



Abstract**Introduction**

Brain and cardiovascular diseases require regular and specialized follow-up, including those pathologies that require oral anticoagulants, in order to reduce hospitalizations due to clinical decompensation, maintain the person active, and reduce their degree of dependence. This requires a professional/patient/family partnership in their management. This project was based on Dorothea Orem's Theory of Self-Care Deficit.

Objective

To train the hypocoagulated users and their families in disease management.

Methods

The health planning methodology was applied. The situation diagnosis was developed using questionnaires applied to the patient to validate their knowledge about disease management and a second one applied to the family to understand their knowledge about their relative's needs. The non-probability convenience sample was composed of 18 patients and 5 family members in the consultations performed during the internship period.

Results

The situation diagnosis revealed a deficit of knowledge about disease management: in self-care, therapeutic regimen, and their interaction, as well as a deficit of the family's role in monitoring their family member and perceiving their needs. Health education was used as a strategy to improve the problems identified through the empowerment of users and families. After intervention, there was an increase in knowledge in all the addressed points: self-care (92.85%), therapeutic regime and its interaction (85.71%). As for the family intervention, we found that participants are family members who live with hypocoagulated patients and have already taken over the role of caregiver.

Conclusion

This project contributed to the knowledge of hypocoagulated patients and family, through the intervention of community nursing, as well as the reflection on how to develop strategies with families, to empower them in the early detection of intervention in the self-care of their family member and in the management of family roles.

Keywords

Patients; Family; Oral Anticoagulants; Health Education; Community Nursing.

Introdução

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados-membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes em 2010, como refere o PNDCCV.¹ As doenças cérebro-cardiovasculares são doenças que necessitam de acompanhamento efetivo e especializado na sua gestão com o intuito de diminuir internamentos por descompensação clínica, manter a pessoa ativa e diminuir o seu grau de dependência. Estão incluídas as doenças cardiovasculares que necessitam anticoagulantes orais (ACO), o que requer uma vigilância de saúde mais regular e de uma parceria profissional/utente/família na sua gestão. Verifica-se um decréscimo de internamentos por doenças do aparelho circulatório, 8,1% em 2016, face a 2011 e um aumento de internamentos por insuficiência cardíaca, 20,3% em 2016, face a 2011.¹

A enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”^{2(p.8667)}, promovendo intervenções através de ações de educação para a saúde (EpS) na comunidade, acompanhando as famílias no seu projeto de saúde, tornando-os parceiros e decisores nos seus cuidados com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e obter ganhos em saúde. A EpS, como estratégia de intervenção, deve construir um processo interativo “orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde”.^{3(p.1)} A revisão da literatura demonstra a importância das sessões de EpS para a capacitação dos utentes no desempenho do seu autocuidado e na gestão da sua doença com maior segurança e eficácia.

Este projeto norteou-se pela carta de Ottawa^{4(p.3,4)}, na condição básica – Capacitar “centra-se na procura da equidade em saúde”, no sentido de contribuir para a diminuição das desigualdades existentes, no qual se torna “necessária uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis”. A intervenção focou-se na ação comunitária em que “a promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde”; no desenvolvimento de competências pessoais, através de acesso à informação, EpS melhorando as suas competências no seu autocuidado. Assim como, na Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, que tem como premissa “todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob a sua responsabilidade”^{5(p.614)}.

É fundamental compreender que a família é um sistema complexo, com estrutura própria que se desenvolve e se transforma ao longo do ciclo vital de acordo com as vivências experienciadas. Verificou-se nesta comunidade de

intervenção que as famílias participantes se encontram, na última etapa do ciclo vital, como refere Figueiredo.⁶ Esta é uma etapa transformativa, no sentido de compreender as fragilidades de quem necessita de apoio bem como daquele que o presta. Torna-se assim, preponderante, o papel da enfermagem, no acompanhamento das famílias, identificando as transformações ao longo do ciclo vital, prestando informação, apoiando-as na tomada de decisão, colaborando nas estratégias com o intuito de as manter capacitadas no seu autocuidado, gerindo os seus papéis familiares através de uma comunicação positiva, eficaz e efetiva.

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 da especialização em Enfermagem Comunitária.

Métodos

“O Planeamento em saúde tem de ser adequado à realidade, respondendo de forma assertiva e pragmática às necessidades e/ou problemas sentidos na comunidade ou em qualquer organização de saúde, supostamente ao serviço dessa comunidade”.^{7(p.67)} Foi através da metodologia do planeamento em saúde que foi desenvolvida a intervenção do projeto, descrevendo, analisando e avaliando todo o percurso formativo e interventivo na comunidade em acompanhamento, seguindo as várias etapas de desenvolvimento: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação de execução e avaliação. Estas etapas permitiram traçar um caminho sustentado e sistematizado pois “exige uma metodologia lógica e racional”.^{7(p.29)}

É um estudo descritivo exploratório desenvolvido após o parecer favorável da comissão de ética para a saúde com a referência 6272/CES/2021.

População-alvo e amostra

A população-alvo do projeto foi constituída pelos utentes inscritos na USF, num total de 52 utentes, com os critérios de inclusão: utentes hipocoagulados com necessidade de controlo de INR, acompanhados em consulta no período de estágio, que tenham capacidade de compreensão, leitura e escrita, para responder ao questionário e que aceitem participar no projeto. Desses, um total de 18 utentes integraram a amostra, sendo esta não probabilística e por conveniência.

Instrumento de recolha de dados

Para se iniciar a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde – Diagnóstico de situação, foi construído um questionário, validado por peritos e realizado pré-teste, no sentido de compreender o

conhecimento dos utentes hipocoagulados e família, constituído por: Parte A variáveis sociodemográficas que nos permite conhecer a amostra em estudo; Parte B - variáveis motivacionais, no qual vai permitir compreender o envolvimento/conhecimento dos utentes na gestão da sua doença e Parte C, variáveis sociorrelacionais, que nos poderá permitir analisar a relação utente/enfermeiro. Para compreender o papel da família do utente hipocoagulado foi aplicado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), matriz operativa, na dimensão funcional aos familiares que acompanharam os utentes à consulta de enfermagem de hipocoagulação, no sentido de identificar as áreas de intervenção que a família, como prestador de cuidados executa. A dimensão funcional avalia a dependência dos diversos tipos de autocuidado descritos pelo ICN (2002b): vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono-reposo, atividade de lazer e atividade física, bem como o conhecimento sobre a dependência da gestão do regime terapêutico, da autovigilância e da autoadministração de medicamentos, referido por Figueiredo.^{6(p.92)} O que nos permitiu, tanto avaliar as necessidades do membro da família como as do familiar cuidador. A colheita de dados foi realizada entre outubro e novembro de 2021, após autorização da comissão de ética para a saúde.

Resultados

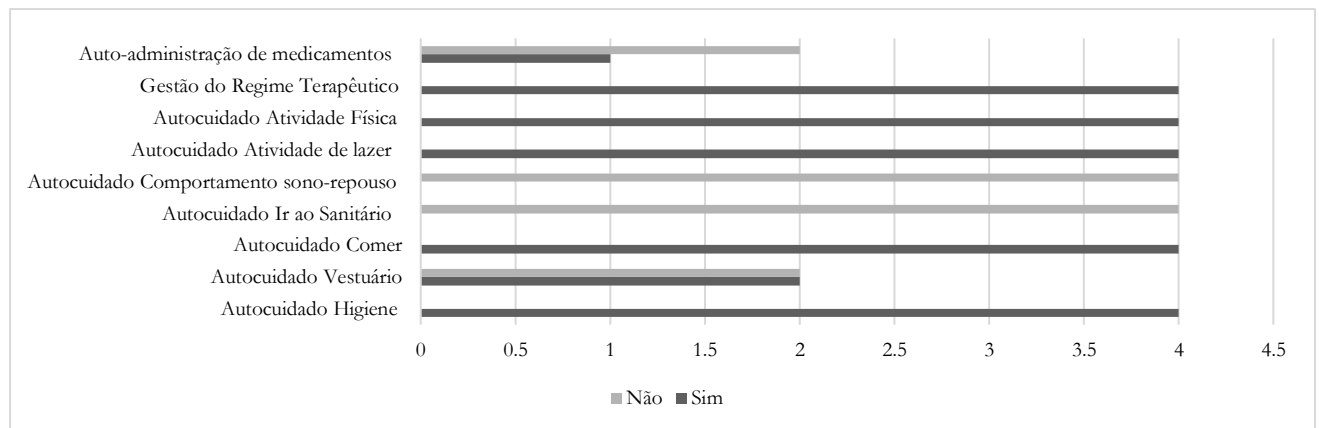
A idade dos utentes da amostra varia entre os 55 e 88 anos de idade, sendo a média 73,61 anos. Verifica-se que 67% são do sexo masculino e 44% feminino, dos quais 67% completaram o ensino básico. Em relação ao agregado familiar, verifica-se que 72% dos inquiridos vive com o conjugue, 22% com um familiar e 6% sozinhos.

Quanto ao conhecimento sobre a doença, 100% dos inquiridos identifica o nome do medicamento prescrito, dos quais 72% identifica o intervalo terapêutico adequado para si. No entanto, 28% dos inquiridos não sabe o motivo por que toma a medicação anticoagulante. Quanto às interações medicamentosas com o ACO, 89% não identifica medicamentos que possam interferir, mas em relação aos alimentos e situações de saúde 50% conseguem dar alguns exemplos que possam alterar o valor terapêutico ou mesmo alimentos que terão de suspender. E, por último, a importância da consulta de enfermagem, em que 100% dos inquiridos referem que é uma consulta acessível e importante para a monitorização e vigilância do estado de saúde.

Quanto ao questionário dirigido à família, responderam três familiares e um cuidador não familiar. Verificou-se que os utentes hipocoagulados apresentam dependência em várias áreas do autocuidado: Gestão do Regime Terapêutico, Autocuidado Atividade Física, Autocuidado Atividade de lazer e Autocuidado Higiene, como mostra o Gráfico1, no qual o prestador de cuidados, maioritariamente familiar, assume essas funções como suas. Com base na aplicação da

matriz operativa do MDAIF, verificou-se uma baixa adesão familiar no acompanhamento e na supervisão das necessidades do seu membro familiar.

Gráfico 1 - Análise das áreas de dependência no autocuidado



De acordo com os resultados obtidos na etapa do diagnóstico em saúde. Procedeu-se à identificação e formulação dos diagnósticos em enfermagem, de acordo com a taxonomia CIPE, versão 2015: Déficit de conhecimento no âmbito do processo patológico e do regime dietético; Capacidade do autocuidado comprometido; Autogestão da doença comprometido; Conhecimento do papel da família comprometido e capacidade do familiar em gerir a doença comprometido.

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, segunda etapa da metodologia do planeamento em saúde, foi realizada com recurso a um conjunto de peritos e concretizada com base nos critérios da grelha de análise, adaptado de Hartz.⁸ De acordo com os resultados obtidos e com vista a minimizar ou resolver os problemas identificados, deu-se primazia aos primeiros quatro: Déficit de conhecimento do regime dietético, Autogestão da doença comprometido, Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometido e Déficit de conhecimento do processo patológico.

Com base nos problemas priorizados foram definidos os objetivos geral e específicos, sendo que, formular objetivos, é a etapa seguinte que nos permite viabilizar o projeto, no sentido de ser “possível traçar um caminho das estratégias de intervenção (...) a partir do estado atual de determinada comunidade, que estado pretendemos atingir, onde e até quando”.^{7(p.23)} Assim, o objetivo geral é capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença. Como

objetivos específicos delineou-se: Identificar alimentos que mais interferem com o ACO; Reconhecer situações de perigo para os utentes que tomam ACO; Relacionar as situações de perigo com a ação a tomar para que seja diminuído o risco, Apoiar a família na identificação das áreas que o seu familiar necessita de suporte e Compreender o processo patológico. De forma a quantificar e qualificar as atividades a desenvolver definiram-se indicadores de atividade, adesão e qualidade. Segue-se a quarta etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde – Seleção de Estratégias, que tem como função “um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”.^{9(p.65)} Foram delineadas as seguintes estratégias sustentadas na teoria do déficit do autocuidado de Dorothea Orem: Envolvimento da Equipa de Enfermagem, apresentação do projeto à Equipa de Enfermagem; Reuniões informais com as colegas para as manter informadas sobre o desenvolvimento do projeto e solicitar opinião. Informação e Comunicação, participação da mestranda em consultas de hipocoagulação para estabelecer uma relação com utentes/família e dar conhecimento do projeto; Exposição da informação em local visível sobre as atividades a desenvolver; Informação sobre as atividades desenvolvidas reforçadas nas consultas com as suas enfermeiras de família; Promoção do Autocuidado, realização de duas sessões de EpS na USF; entrega de uma *checklist* para ajudar nos registos de alterações do bem-estar no seu dia-a-dia; entrega de um *flyer* com resumo dos cuidados a ter para manter uma boa saúde; Proximidade de Cuidados de Enfermagem, realização do manual de boas práticas da consulta de enfermagem não presencial. Estas estratégias tiveram como propósito dar resposta atempadamente às dificuldades manifestadas pelo

utente e família. Manter o utente capaz de se autocuidar “desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar”^{10(p.84)} é torná-lo autônomo no seu autocuidado. As sessões de EpS realizadas tiveram como finalidade promover a saúde na comunidade em intervenção, viabilizando o seu desenvolvimento e melhorando o conhecimento sobre a doença. Como refere a carta de Ottawa (1986), “é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar, entendendo a saúde como (um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida)”^{8(p.160)}

Avaliação

Após a execução das intervenções, fez-se a avaliação do projeto com base nas metas pré-definidas. As metas foram definidas com base no diagnóstico de situação. No final de cada sessão de EpS foi aplicado uma *checklist* de avaliação sobre os temas abordados. Desta forma, foram avaliados os conhecimentos dos utentes e família, que participaram nas sessões, quanto aos temas abordados nas duas sessões realizadas, coadjuvando-se aos objetivos e indicadores de resultado definidos para este projeto de intervenção, como exposto na Tabela 1.

Tabela 1 - Avaliação dos diagnósticos de Enfermagem Priorizados aplicados a 14 participantes, dos quais 4 são familiares que participaram nas duas sessões de EpS

Diagnóstico de Enfermagem: Déficit de conhecimento do regime dietético		
Indicador de Resultado	Meta	Resultado
Percentagem de utentes/ família intervencionados consigam identificar 5 alimentos que mais interferem com o ACO.	80%	85,71%
Diagnóstico de Enfermagem: Autogestão da doença comprometida		
Indicador de Resultado	Meta	Resultado
Percentagem de utentes/ família intervencionados consigam reconhecer 3 situações de perigo.	90%	92,85%
Percentagem de utentes e família intervencionados consigam identificar 2 ações para diminuir o risco.		
Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometida		
Indicador de Resultado	Meta	Resultado
Percentagem dos familiares intervencionados identifiquem 3 áreas no qual o seu familiar necessita de suporte.	50%	100%
Diagnóstico de Enfermagem: Déficit de conhecimento do processo patológico		
Indicador de Resultado	Meta	Resultado
Percentagem de utentes/ família intervencionados identifiquem o motivo da toma do anticoagulante.	70%	92,85%

O quadro 1 mostra que as metas propostas foram atingidas apesar das dificuldades sentidas na adesão das famílias ao projeto e na motivação de todos os utentes que responderam ao questionário participarem nas sessões de EpS. As duas sessões programadas tiveram maior adesão dos utentes, devido às sessões terem sido realizadas no dia da sua consulta, e por isso, o número de participantes ter sido inferior aos que responderam ao questionário. Verificou-se que os utentes, na sua maioria idosos, mantem-se sozinhos na ida às consultas de vigilância e monitorização para manterem uma gestão da doença dentro das suas capacidades físicas e mentais.

Discussão

Este projeto veio reforçar o mapeamento realizado através da *scoping review*, em que como refere Madrid^{12(p.463)} “The education level and patients’ knowledge have a direct influence on the global management of the

anticoagulation.”; ou como Alphonsa^{13(p.668)} “Patient’s knowledge about OAT was suboptimal. The findings support the need for educational interventions to improve the knowledge regarding OAT and, thereby, achieve an appropriate and safe secondary prevention of stroke.”, bem como, Viola, Fekete e Csoka^{14(p.1265)} referem “The lowest frequency of correct answers regarded the questions on drug interactions (10.2%) and diet (11.4%).” E na necessidade de “(...)developing new strategies for patient education to improve knowledge on the treatment with oral anticoagulants.”. O presente projeto através dos questionários aplicados também demonstrou uma população idosa (moda 87 anos de idade), com baixa escolaridade (67% com o ensino básico), em que 28% da amostra não sabe justificar porque toma o ACO e 78% não reconhece a interação medicamentosa mas quanto aos alimentos que possam interferir, 50% consegue identificar 5 alimentos. Após a intervenção com este grupo, através da EpS, verifica-se uma aquisição de novos conhecimentos

sobre a sua doença, sinais de alerta, ações a realizar para minimizar o risco promovendo uma melhoria no autocuidado. Estes momentos de partilha, organizados pelos enfermeiros que cuidam desta comunidade, constroem momentos de grande aprendizagem, na medida em que o grupo-alvo não só participa de forma ativa, como questiona e identifica dificuldades no sentido de se autocapacitarem na gestão da doença. Todos os artigos salientam o fator educacional como ponto essencial para a compreensão e participação eficaz do utente na gestão da doença, demonstrando assim, a importância das sessões de EpS e como são pertinentes para a capacitação dos utentes. Esta é uma área de intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde comunitária, no qual terá que não só investir nestas ações para melhorar a literacia em saúde da comunidade bem como desenvolver e documentar através da elaboração de investigação clínica, uma vez que não se identifica artigos realizados pela Enfermagem nesta área de intervenção.

Conclusão

O papel do EEEC é fundamental no acompanhamento e orientação da comunidade na gestão do seu projeto de saúde. Através de EpS promoveu-se momentos de aprendizagem e de crescimento no sentido de capacitar a comunidade na melhoria do seu estado de saúde. Com base no diagnóstico de saúde realizado e com o suporte da Teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem, através do sistema de apoio-educação, foi possível identificar as carências no autocuidado do utente hipocoagulado e família na gestão da doença e delinear estratégias para os capacitar de forma a melhorarem as competências no seu autocuidado. Através das sessões de EpS, promoveram-se momentos de aprendizagem através da partilha de conhecimentos, experiências vivenciadas pelos utentes e debate o qual permitiu melhorar as competências quer no conhecimento da sua patologia, interação medicamentosa e alimentar como no reconhecimento de situações de risco e suas medidas de atuação de forma a minimizar os riscos e manter uma vida saudável e equilibrada. As intervenções comunitárias realizadas durante este projeto foram muito enriquecedoras devido ao envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, que permitiu divulgar a informação, incentivar a participação dos utentes e familiares, e todos juntos, melhoramos a literacia em saúde na área da hipocoagulação. No entanto, teremos de nos focar nas famílias, devido à dificuldade sentida em integrá-las na participação do projeto e na intervenção nos cuidados de saúde. Este foi uma das limitações sentidas durante o projeto de intervenção, a dificuldade em articular tempo com a disponibilidade das famílias. O tempo disponível de estágio para intervir com os utentes e famílias também é diminuto no sentido que só após o parecer favorável da comissão de ética é que podemos questionar e envolvê-los no projeto.

Intervir nesta comunidade, melhorar as suas competências no seu autocuidado, envolver uma equipa multidisciplinar em todo o seu percurso, permitiu contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da investigação em enfermagem, no entanto, outras questões surgiram durante a intervenção comunitária. Percebendo que esta comunidade tem uma percentagem elevada de pessoas idosas, que gerem o seu projeto de saúde sozinhas, fez a equipa questionar; Como identificar precocemente o declínio cognitivo e intervir no sentido de promover melhores cuidados de enfermagem? Como alertar a família para uma nova realidade e intervir precocemente na readaptação familiar? Como apoiar as famílias na reestruturação de funções ou mesmo assumindo novos papéis?

Contributos dos autores

RR – Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Redação do manuscrito.

ES - Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Revisão crítica do manuscrito.

FP - Análise e interpretação dos dados; Revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse e Financiamento

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelos autores.


Referências

1. Direção Geral da Saúde. Programa nacional para as doenças cérebro cardiovasculares. Lisboa: DGS; 2017.
2. Regulamento nº 428/2018. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. Diário da República 135, II Serie; 2018 jul 16:19354-19359 Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>.
3. Carvalho A, Carvalho G. Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência; 2006.
4. OMS. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Canadá. 1986.
5. Vitor A, Lopes M, Araújo T. Teoria do défice de autocuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery (impr.). 2010 jul-set; 14 (3): 611-616.
6. Figueiredo M. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures: Lusociência; 2012.
7. Nunes M. Cartilha metodológica do planeamento em saúde e suas ferramentas de auxílio. Lisboa: Chiados Editora; 2016.
8. Rodrigues F. A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade. Lisboa: Lisbon International Press; 2021.

9. Melo P. Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Lisboa: Lidel; 2020.
10. Imperatori E, Giraldes M. Metodologia do planeamento em saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª ed. Lisboa: ENSP; 1993.
11. George J. (Coord.). Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
12. Hernández Madrid A, Potpara TS, Dagres N, et al. Differences in attitude, education, and knowledge about oral anticoagulation therapy among patients with atrial fibrillation in Europe: result of a self-assessment patient survey conducted by the European Heart Rhythm Association. *Europace* [Internet]. 2016 Mar; 18(3):463-7. doi: 10.1093/europace/euv448
13. Alphonsa A, Sharma KK, Sharma G, Bhatia R. Knowledge regarding oral anticoagulation therapy among patients with stroke and those at high risk of thromboembolic events J. *Stroke Cerebrovasc. Dis.* [Internet]. 2015 Mar; 24(3):668–72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.11.007> .
14. Viola R, Fekete H, Csoka I. Patients' knowledge on oral anticoagulant treatment in Hungary. *Int J Clin Pharm.* [Internet]. 2017 Dec;39(6):1265-1272. Disponível em: doi: 10.1007/s11096-017-0544-1.

Vivências do processo de hospitalização: perspectiva de pessoas internadas na clínica médica

Experiences of the hospitalization process: perspective of people admitted to the medical clinic


Jeanne Barros de Souza¹ (*In Memoriam*)
 <https://orcid.org/0000-0002-0512-9765>

Richard Augusto Thomann Beckert²
 <https://orcid.org/0000-0002-3788-0991>

Kelly Cristina de Prado Pilger³
 <https://orcid.org/0000-0002-5670-7799>

Samantha Karoline Mafra⁴
 <https://orcid.org/0000-0002-3305-6516>

Evelyn do Rosario⁵
 <https://orcid.org/0009-0003-2644-7476>

Kasey Martins Ost⁶
 <https://orcid.org/0009-0007-5060-5728>

Vitória de Moura⁷
 <https://orcid.org/0009-0008-2862-5340>

¹Pós-doutorado em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó/SC, Brasil.

² Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó/SC, Brasil.

³ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó/SC, Brasil.

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó/SC, Brasil.

⁵ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó/SC, Brasil.

⁶ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó/SC, Brasil.

⁷ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó/SC, Brasil.

Autor de correspondência
 Vitória de Moura
 E-mail: vitoriamoura16.rb@gmail.com

Recebido: 19.03.2023
 Aceite: 05.10.2023

Resumo

Introdução

Observa-se na atualidade uma população que não dedica tempo para cuidar de sua saúde devido a acelerada rotina que dispõem, consequentemente tornam-se suscetíveis a vivenciar o processo de hospitalização, onde abdicam de sua autonomia e se deparam com inúmeras reações e sentimentos, necessitando assim de um olhar individual e humanizado a fim de uma recuperação rápida e efetiva.

Objetivo

Compreender como é a vivência do processo de hospitalização, na perspectiva das pessoas internadas na clínica médica.

Métodos

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, que integra dados parciais de um projeto de pesquisa matricial, fundamentado nos pressupostos teóricos da Promoção da Saúde. O manuscrito foi organizado conforme os critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa (COREQ). Foi desenvolvido com 15 pessoas internadas no setor da clínica médica, de um hospital público da região Sul do Brasil. A coleta de dados foi desenvolvida pelos próprios autores por meio de um questionário semiestruturado, entre setembro e outubro de 2021. Para a organização e interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática.

Resultados

Despontaram duas categorias: a primeira destacou as experiências vivenciadas no processo de hospitalização, embora alguns participantes se sintam seguros e amparados pela equipe multiprofissional, outros referem-se ao ambiente hospitalar como um local que remete a dor e sofrimento. A segunda categoria ressaltou o sentimento de saudade durante a hospitalização, como da convivência com os familiares, amigos, atividades de lazer e das rotinas diárias.

Conclusão

A vivência do processo de hospitalização desencadeia segurança, fragilidade e saudade. Nota-se a importância de ter profissionais qualificados para proporcionar momentos de cuidados efetivos e humanizados no ambiente hospitalar.

Palavras-chave

Hospitalização; Humanização da Assistência; Promoção da Saúde; Enfermagem.

Abstract

Introduction

Nowadays, there is a population that doesn't take the time to look after their health due to their fast-paced routine. Consequently, they become susceptible to experiencing the process of hospitalization, where they give up their autonomy and are faced with countless reactions and feelings, thus needing an individual and humanized approach in order to recover quickly and effectively.

Como citar este artigo: de Souza JB, Beckert RAT, Pilger KCP, Mafra SK, Rosario E, Ost KM, Moura V. Vivências do processo de hospitalização: perspectiva de pessoas internadas na clínica médica. Pensar Enf [Internet]. 2023 Dez; 27(1):162-169. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.268>



Objective

To understand what the hospitalization process is like from the perspective of people admitted to the medical clinic.

Methods

This is an exploratory study, with a qualitative approach, which integrates partial data from a matrix research project, based on the theoretical assumptions of Health Promotion. The manuscript was organized according to the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). It was carried out with 15 people admitted to the medical clinic sector of a public hospital in southern Brazil. Data collection was carried out by the authors themselves using a semi-structured questionnaire, between September and October 2021. Thematic content analysis was used to organize and interpret the data.

Results

Two categories emerged: the first highlighted the experiences of the hospitalization process, although some participants feel safe and supported by the multi-professional team, others refer to the hospital environment as a place that is reminiscent of pain and suffering. The second category highlighted the feeling of homesickness during hospitalization, such as for spending time with family, friends, leisure activities and daily routines.

Conclusion

Experiencing the process of hospitalization triggers security, fragility and longing. It is important to have qualified professionals to provide effective and humanized care in the hospital environment.

Keywords

Hospitalization; Humanization of Care; Health Promotion; Nursing.

Introdução

Nos dias atuais observa-se na população a necessidade de soluções rápidas e eficazes, com o intuito de economizar tempo e realizar inúmeras tarefas. Para isso, são adotadas diferentes práticas, muitas vezes inadequadas como o consumo de alimentos ultraprocessados e a automedicação para amenizar algumas circunstâncias. Tais práticas aparentam ser soluções eficazes em um primeiro momento. Isso reflete em inúmeros prejuízos a longo prazo como, por exemplo, o acentuado aumento de doenças crônicas, que por sua vez apresenta-se alarmante na sociedade.¹ Nesse sentido, percebe-se que devido à acelerada rotina, muitos indivíduos não dispõem de tempo para desfrutar de lazer e tampouco para cuidar e promover a saúde. Por causa disso, não refletem sobre os prazeres do dia a dia, como a liberdade, a autonomia e o bem-estar, tornando o cotidiano

ainda mais cansativo e desmotivador,² se submetendo ao risco de adoecimento e ocasionalmente à necessidade de internamento hospitalar.³

O processo de hospitalização pode constituir uma ameaça à autonomia e aos papéis sociais desempenhados previamente ao internamento, pois o indivíduo deixa de ser ativo e passa a ser paciente, abdicando de sua independência, de sua privacidade e da interação com seu grupo de apoio.⁴ Essas circunstâncias podem provocar reações e sentimentos, visto a singularidade de cada pessoa, contudo alguns sentimentos se repetem, tais como a saudade de casa e de seus familiares, além da possibilidade de perceber o ambiente hospitalar como um lugar desagradável. Por outro lado, estar presente em um ambiente que remete a dor, sofrimento e medo tende a provocar a valorização do que era vivenciado anteriormente. Sendo assim, o indivíduo, vulnerável nessa situação, requer um olhar holístico, humanizado e multiprofissional para que alcance recuperação rápida e satisfatória.⁵

Nesse sentido, a humanização surge como uma forma de preservar os direitos básicos da pessoa internada, reforçando a necessidade de tratamento digno e respeitoso, preservando seu protagonismo e sua autonomia. A humanização, na área da saúde, teve grande enfoque nos últimos anos, visto a necessidade dessa prática em todos os procedimentos e protocolos. Em razão disso, em 2003, o Ministério da Saúde brasileiro publicou a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de aplicar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na rotina dos serviços de saúde. Ademais, é importante frisar que a PNH é aplicável em todos os setores independentemente do grau de complexidade, pois se baseia na qualificação da assistência.⁶

Assim, para garantir a humanização, é necessário atender o paciente com uma equipe multidisciplinar, formada por profissionais de diferentes áreas como, por exemplo, enfermeiro, médico, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, entre outros. O trabalho em equipe nos serviços de saúde é essencial para garantir uma assistência mais eficaz e com mais qualidade, em qualquer setor de atenção à saúde, essencialmente na clínica médica, espaço em que pacientes são internados com diagnósticos variados e por vezes impactantes, que demandam procedimentos e tratamentos mais complexos.⁷

Ressalta-se que o trabalho em equipe multidisciplinar pode contribuir para melhorar a empatia entre os profissionais, tornando-os mais eficientes e afetuosos na assistência à saúde ao indivíduo internado e a seu familiar. Contudo, é imprescindível que o trabalho conjunto seja realizado por todos e não somente por alguns dos profissionais que trabalham em certa unidade de internamento ou setor.⁸ Além disso, o enfermeiro é indispensável durante o processo de hospitalização, pois este profissional acompanha o paciente desde o internamento até a alta, além

de ser responsável pela gestão da equipe de enfermagem, a qual desenvolverá todos os cuidados e procedimentos necessários na assistência à saúde do indivíduo, provendo-lhe conforto e contribuindo decisivamente para sua recuperação. Também deve atentar-se para cada paciente de modo integral e holístico, avaliando constantemente o ambiente e o indivíduo, não somente em aspectos físicos, mas também psicológicos, emocionais, sociais, culturais e espirituais, garantindo maior bem-estar e qualidade no atendimento em saúde.⁹⁻¹⁰

Além disso, em consonância com o cuidado humanizado, o princípio da integralidade que, junto com outros, fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é valorizado na PNH e foi ainda reforçado na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Na PNPS, integralidade é definida como a articulação e sintonia entre os serviços de saúde, como também a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde frente aos pacientes, considerados cidadãos universais merecedores de uma assistência sem preconceitos ou privilégios, nas esferas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.¹¹ Nesse contexto, os Determinantes Sociais de Saúde são essenciais na assistência, por considerarem esferas da vida do indivíduo que se expandem para além da doença e do corpo biológico como, por exemplo, o trabalho, o ambiente em que a pessoa vive, questões sociais, culturais, econômicas, étnicas, comportamentais entre outras.¹² Promoção da Saúde, aspecto essencial do SUS e pano de fundo das Políticas citadas, pode ser vista como uma estratégia promissora para produzir saúde e enfrentar impasses relacionados a ela. Tal expressão foi mais enfatizada na Carta de Ottawa, documento fruto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que a definiu como um processo de capacitação de indivíduos/comunidade/coletividade em prol de maior controle e autonomia no processo, com uso de recursos pessoais e sociais, em busca de melhorias na qualidade de vida e saúde.¹³⁻¹⁴

A Carta pautou cinco campos de ação que dizem respeito a políticas públicas saudáveis, a ambientes favoráveis à saúde, a ação comunitária, a autonomia e desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde à luz da Promoção da Saúde. O documento pontua a importância da construção coletiva da saúde, do autocuidado e do zelo pelo próximo, indicando que isso, além do holismo, que se relaciona à integralidade, e a ecologia são indispensáveis para desenvolvimento e implementação de estratégias de Promoção da Saúde.¹³⁻¹⁴ O documento também pauta compromissos para os países participantes, em busca da efetivação da Promoção da Saúde. No Brasil, a PNPS evidencia os cinco eixos originados da Carta e busca alcançar estes compromissos que se relacionam com o desenvolvimento de políticas públicas, a equidade, valorização do indivíduo/comunidade em seu processo de saúde-doença, a reorganização dos

serviços de saúde para a realização da Promoção da Saúde, entre outros.^{13,15}

A partir do exposto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Como é a vivência do processo de hospitalização, na perspectiva das pessoas internadas na clínica médica? Acredita-se que ao dar luz às demandas de quem vivencia o internamento, é possível refletir e implementar estratégias para qualificar a assistência à saúde no processo de hospitalização. Além disso, devido à diversidade do público atendido na rede hospitalar, tanto em termos etários quanto culturais, é importante perceber os fatores implicados na recuperação durante esse processo, a fim de tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor e agradável. Logo, o objetivo do estudo foi compreender como é a vivência do processo de hospitalização, na perspectiva de pessoas internadas na clínica médica.

Métodos

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentado nos pressupostos teóricos da Promoção da Saúde. O manuscrito foi organizado conforme os critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa (COREQ).

A pesquisa ocorreu em um hospital público de referência do Oeste de Santa Catarina, Brasil. Dela participaram 15 pessoas internadas no setor da clínica médica, selecionadas por conveniência, dentre aqueles que atendiam aos critérios de inclusão: idade superior a 18 anos e estar hospitalizado no setor da clínica médica no momento da coleta. Como critério de exclusão considerou-se: não possuir aptidão física e comunicativa para responder às perguntas da entrevista. Os participantes foram selecionados de modo intencional e todos os convidados aceitaram integrar o estudo, não havendo recusas.

A coleta de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas desenvolvidas pelos autores no próprio quarto de cada participante, entre os meses de setembro e outubro de 2021. Cada uma teve duração média de quarenta minutos e foi conduzida por roteiro que incluía perguntas sobre a vivência do processo de hospitalização e os sentimentos despertados durante o internamento. Todas foram gravadas com a devida autorização dos participantes e, sequencialmente, transcritas em arquivo digital.

Para a organização e interpretação dos dados recorreu-se à análise de conteúdo na modalidade temática, cujo objetivo é encontrar o significado central que constitui a comunicação, buscando preservar mais a maneira interpretativa do que a interferência estatística. Na pré-análise, foi realizada leitura flutuante dos dados transcritos com a intenção de organizar o conteúdo e definir as unidades de registro. Na segunda etapa, de exploração do material, os dados foram codificados, a fim de alcançar o cerne de compreensão do texto. Na terceira etapa os dados foram categorizados e sub-categorizados, por meio da classificação e interpretação.¹⁶ Da análise emergiram duas

categorias: 1) Vivenciando a hospitalização; 2) Saudades despertadas no processo de hospitalização, que serão discutidas em sequência.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade pública de Santa Catarina, sob parecer nº 4.960.473/2021, em 09 de setembro de 2021. Salienta-se que antes da coleta de dados, todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato, os entrevistados foram denominados conforme as necessidades humanas básicas, à vista do conteúdo dos depoimentos. Assim, utilizou-se os seguintes codinomes: Alimento, Moradia, Repouso, Família, Amizade, Trabalho, Autoestima, Roupas, Saúde, Hidratação, Exercício, Segurança, Espiritualidade, Sono, Resiliência.

Resultados

Os integrantes da pesquisa tinham idade entre 39 e 82 anos, sendo quatro do sexo feminino e 11 do sexo masculino. O período do internamento, no momento da entrevista, variava entre dois e 30 dias. Na primeira categoria, os entrevistados relataram que durante a hospitalização receberam um atendimento adequado, sendo bem cuidados. Além disso, mencionaram que quando estavam em casa vivenciavam o sentimento de morte e ao receberem o atendimento hospitalar, perceberam melhora no seu quadro, o que os deixou tranquilos.

"Pra mim é bom estar no hospital. Estão me tratando bem e eu melhorei já [...]" (Alimento)

"Agora eu estou bem, estou me sentindo melhor aqui. Até, por sinal, o médico falou que vou só amanhã pra casa e eu fiquei tranquila" (Moradia)

"Como eu estava em casa [...] eu achava que ia morrer [...] Estando aqui no hospital, eu recebi todo atendimento e estou bem [...]" (Repouso)

Os participantes também abordaram sobre a administração de medicamentos para alívio da dor e o trabalho multiprofissional para o bem-estar físico no atendimento hospitalar.

"...As medicações estão sendo dadas bem certinho, aí tô me sentindo bem." (Amizade)

"É bom porque você não sente dor, está sendo cuidada do melhor jeito possível..." (Família)

"[...] Vem o pessoal para divertimento, tem as fisioterapeutas, tem as fonoaudiólogas, tem todo o pessoal aqui, a equipe de farmacêuticos, as enfermeiras muito boas, atendimento muito bom delas [...] deu para ver nesses seis dias aqui, como é tratar o paciente bem [...]" (Trabalho)

Por outro lado, evidenciaram não gostar do espaço hospitalar, por representar um ambiente que se frequenta quando da ocorrência de doença, em estado mais grave de saúde, o que os leva a relacionar a hospitalização a algo desagradável e a um período cansativo.

"É ruim porque a gente fica aqui direto, o tempo inteiro deitada." (Família)

"Eu não gosto de estar no hospital porque quem vem pra cá é porque tá mal, tá doente, aí é ruim" (Autoestima)

"Ah é cansativo [...]" (Roupa)

Na segunda categoria, saudades despertadas no processo de hospitalização, os entrevistados referiram sentir falta do aconchego e da rotina de suas vidas em suas casas, além da liberdade vivenciada em seus domicílios, uma vez que o ambiente hospitalar apresenta diversas restrições.

"Eu sinto falta de tudo: da minha cama, da comida. Aqui é tudo diferente. Em casa a gente se sente mais à vontade." (Amizade)

"Ah, eu gosto de ficar em casa, caminhar, receber as visitas e agora eu não tenho nada aqui no hospital" (Saúde)

"Ah, a gente sente falta de casa, claro, porque lá é mais livre, não tem restrição. Aqui é tudo regrado e se você não cumprir as ordens, não sara." (Alimento)

A hospitalização fez com que os participantes sentissem falta de estar com suas famílias para conversar, cuidar dos familiares e tê-los por perto, o que revelou preocupação com eles:

"O marido [ficou sozinho] estou muito preocupada com ele" (Hidratação)

"Sinto falta de cuidar das minhas netas [...], saudades da filha. [...]" (Moradia)

"Saudade das minhas filhas e da minha mãe." (Roupa)

Ademais, os entrevistados mencionaram sentimentos de saudade relacionados ao contato com os vizinhos, amigos e colegas, além das atividades laborais que realizavam anteriormente ao período do internamento:

"[Sinto falta] dos meus vizinhos porque a gente se visitava [uns aos outros]. Eu sempre tirava um tempinho para todo mundo, para ajudar as pessoas também e hoje eu tô aqui já faz quase 30 dias." (Família)

"Bater um papo lá com os colegas, faz falta" (Exercício)

"Trabalhar, com certeza, sinto muita falta [...]" (Família)

Além disso, os participantes afirmaram sentir falta dos momentos de lazer que integravam seus cotidianos, nos quais reservavam tempo para promover o autocuidado, divertir-se, ir ao culto na igreja e viver a liberdade da vida.

"De ir pro salão [de beleza], me arrumar" (Segurança)

"Ah de estar livre, do chimarrão. Faz muita falta [...]" (Exercício)

"Eu queria estar tomando uma cerveja [...] e fazendo uma cantoria [...]. Isso que a gente fazia né?" (Repouso)

"[...] não dá para ir no culto" (Saúde)

Percebeu-se, nos depoimentos dos entrevistados, a privação de vários aspectos importantes de suas vidas em consequência do período de hospitalização, visto que desvelam saudades de suas rotinas, ambientes que frequentavam, dos seus familiares, amigos e de suas atividades de lazer. Ficou evidente que o ambiente hospitalar é percebido como local que remete à dor e ao sofrimento, bem como espaço que proporciona segurança

e amparo em razão das rotinas de cuidados desenvolvidas pelos profissionais.

Discussão

O ambiente hospitalar é complexo e requer conhecimento e eficiência por parte dos profissionais, para uma assistência de qualidade. Nesse sentido, como referido nos resultados, quando se pontua o bom atendimento e a administração adequada de medicação, a segurança no ambiente hospitalar é imprescindível e resulta na redução de danos associados ao atendimento em saúde a um mínimo aceitável para a instituição, levando em conta a infraestrutura, o conhecimento dos profissionais e os recursos materiais do serviço de saúde em questão.¹⁷

O manejo de medicamentos é essencial nesse ambiente e requer responsabilidade profissional, que tem como dever sanar dúvidas e tratar individualmente cada necessidade, a fim de proporcionar conforto e bem-estar. Sabe-se que o uso de medicamentos não se resume apenas a uma prática terapêutica, baseada no modelo biomédico. Quando utilizados de forma correta e racional, tornam-se importantes mecanismos de prevenção, manutenção e recuperação da saúde, reduzindo sintomas e proporcionando bem-estar físico e mental.¹⁸

Outro ponto importante no processo de hospitalização é promover um ambiente apropriado e humanístico, levando em consideração a estrutura física de uma edificação, decorrente de um projeto arquitetônico que busque critérios para proporcionar a satisfação e o conforto do paciente por meio de organização e métodos que facilitam sua estadia e inserção no hospital. O projeto arquitetônico tem como finalidade harmonizar e buscar atender as diferentes realidades do cenário hospitalar, promovendo bem-estar e criando espaços que sejam apoio físico e psicológico aos pacientes, pois o ambiente é fundamental para a qualidade do atendimento.¹⁹

Além disso, os ambientes hospitalares podem proporcionar estresse e tensão. E por vezes, estruturas físicas não trazem o conforto da sensibilidade humana, a atenção e o cuidado, mesmo sendo um ponto importante na recuperação dos pacientes. A humanização do ambiente é algo relevante, que deve ser exercitado na formação dos profissionais, para que quando se inserirem no âmbito hospitalar, saibam como desenvolver estratégias para atender e compreender as individualidades de cada ser, de forma integral e humanizada, tornando cada setor o mais acolhedor e agradável possível tanto para pacientes, quanto para seus familiares e colegas de trabalho.²⁰

Ademais, para uma atenção efetiva à saúde, é indispensável a qualificação profissional e o trabalho multiprofissional.²¹ Ambos garantem maior resolutividade, menor tempo e menos gastos em saúde e possibilitam alcançar o cuidado integral e humanizado.⁹ Como ferramenta para garantir a qualificação profissional, cita-se a educação continuada, que consiste na especialização e continuidade do

aperfeiçoamento profissional e, ainda, a educação permanente, referente às demandas dos processos de trabalho, em busca de uma assistência à saúde mais qualificada.²² Para incentivar a multiprofissionalidade existem as residências nesta área, as quais unem conhecimentos teórico-práticos com o trabalho em equipe e uma inserção intensa nos serviços de saúde.²³

Outro fator importante que os profissionais que atuam no ambiente hospitalar precisam ficar atentos é que, na vivência do internamento, a saudade é comumente sentida pelos pacientes, seja do trabalho, de atividades habituais como forma de ocupar o tempo e garantir aporte financeiro, de amigos e familiares, de reunir-se para conversar como um momento de lazer e distração. Além disso, há a saudade de frequentar centros religiosos, participando de cultos, fortalecendo a espiritualidade. Assim, a saudade revela a falta sentida do que era vivido antes da hospitalização.

Compreende-se a saudade como um sentimento humano de difícil definição e que pode simbolizar a vivência de dor ou de alegria e está relacionada à privação ou distância do objeto ou pessoa querida.²⁴ Dentro do ambiente hospitalar, o sentimento é corriqueiro e pode ser avaliado a fim de certificar qual a sua influência no tratamento e recuperação do paciente.^{4,25}

Essas atividades da vida que geram saudades, quando restringidas, podem impactar de forma significativa no bem-estar dos indivíduos hospitalizados, uma vez que trazem à tona sentimentos de impotência pela perda do controle do próprio corpo, além da impossibilidade de exercer atividades diárias, assim como sentimentos de angústia e ansiedade, ocasionadas pela quebra de rotina, momentos de lazer e contato com a família, tão importantes para a qualidade de vida.²⁶

A saudade se estabelece também devido ao próprio cenário hospitalar, que geralmente remete a dor, sofrimento e tristeza, além da necessidade de submeter-se a procedimentos invasivos, à perda da privacidade e da autonomia. Portanto, é fundamental que cada paciente seja visto de forma única e com olhar integral, levando em consideração cada fala, queixa ou sentimento, em busca de uma recuperação eficaz e saudável. Além disso, ao dialogar com os pacientes, atentando-se para suas queixas, é possível qualificar o serviço, tendo em vista que eles usufruem dos cuidados diários, ou seja, são as pessoas mais habilitadas para sugerir mudanças.^{4,25}

Para tanto, o profissional da saúde, especialmente da enfermagem, tem um papel importante na garantia de uma assistência humanizada, que traga sensação de segurança e conforto no ambiente hospitalar.²⁷ Além da segurança na administração de medicamentos, cuidado na ambiência da unidade de internamento e da atuação multiprofissional, a comunicação com os pacientes torna o espaço mais acolhedor, como citado pelos entrevistados. A comunicação possibilita momentos de troca de saberes e sentimentos, fortalecendo a relação e o vínculo entre o

profissional e o paciente. Também é importante que este vínculo seja também estabelecido com os familiares durante o período de internamento, pois eles são importante auxílio para o aumento da confiança e da segurança do paciente nesse processo.²⁸

O diálogo com o paciente internado favorece a escolha de condutas mais adequadas para seu estado de saúde, contribuindo para a redução do tempo de internamento, bem como de dores e de riscos ao seu bem-estar.²⁸ Essas condutas podem tornar o ambiente hospitalar mais humanizado, permitindo experiências menos desconfortáveis, tanto para os pacientes quanto para os familiares que também vivenciam este período. Desse modo, é fundamental que os profissionais estejam aptos a desenvolver uma assistência, buscando aprimorar cada vez mais a comunicação durante o processo de trabalho, refletindo em uma assistência segura e de qualidade.²⁷

Conclusão

Mediante o exposto, é possível compreender como ocorre o processo de hospitalização, na perspectiva dos pacientes internados na clínica médica, os quais vivenciam momentos de satisfação e segurança ao sentirem-se cuidados. Portanto, o bom atendimento e o ambiente acolhedor refletem diretamente em seu bem-estar, trazendo conforto, esperança e favorecendo de maneira significativa a sua recuperação.

Por outro lado, se sentem fragilizados, principalmente por enfrentarem mudanças repentinas em sua rotina e por estarem privados de realizar suas atividades cotidianas, passando a depender da ajuda e dos cuidados da equipe multiprofissional e de outras pessoas. Tal situação está relacionada à percepção do hospital como local de sofrimento, angústia, restrições e saudade dos familiares, de sua casa, do seu trabalho, dos seus amigos e das atividades de lazer.

Desta forma, torna-se perceptível a grande importância do trabalho multiprofissional desempenhado por profissionais alinhados com os propósitos da integralidade da assistência e dispostos a inserir novas estratégias de cuidado no ambiente hospitalar. Essa postura é essencial para promover atendimento humanizado, qualificado e eficiente, considerando as necessidades e individualidades de cada ser, voltando-se para todos os aspectos da vida do paciente e não somente à doença responsável pela hospitalização. Esses aspectos ampliarão as possibilidades de recuperação efetiva e tornarão o período de hospitalização mais ameno para o paciente e seu familiar.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a abordagem de pessoas hospitalizadas na clínica médica do hospital, com a maioria delas vivendo com condições crônicas de saúde. Essa opção de pesquisa excluiu outras unidades de internamento, a exemplo da clínica cirúrgica, local que recebe muitas pessoas em condições agudas de saúde que

demandam outras intervenções. Como contribuição, o estudo demonstra um pouco do que sentem as pessoas hospitalizadas em relação à sua própria condição, à permanência no hospital e à equipe multiprofissional, o que possibilita o vislumbre de possibilidades para a promoção da saúde em situações como a aqui apresentada, além de contribuir para o desenvolvimento de uma perspectiva holística na assistência à saúde, que busca visualizar questões e necessidades mais peculiares e individuais dos pacientes. Ressalta a importância da ambiência nos hospitais, além de contribuir para a discussão do trabalho multiprofissional em saúde e da integralidade da assistência, todos aspectos importantes da PNH e da PNPS.

Contribuições autorais

JBS: Conceção e desenho do estudo; elaboração do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

RATB: Conceção e desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; elaboração do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

KCPP: Conceção e desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; elaboração do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

SKM: Conceção e desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; elaboração do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

ER: Conceção e desenho do estudo; elaboração do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

KMO: Conceção e desenho do estudo; elaboração do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

VM: Conceção e desenho do estudo; elaboração do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse e Financiamento

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Os autores declararam que não houve financiamento.

Referências

1. Barros DM, Silva APF, Moura DF, Barros MVC, Pereira ABS, Melo MA, et al. A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis / The influence of food and nutritional transition on the increase in the prevalence of chronic non-communicable diseases. *Braz. J. Dev.* [Internet]. 2021 julho 28 [cited 2022 dez 21];7(7):74647–64. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/33526/pdf>.
2. Souto AR. Condições de trabalho e stress: implicações no emprego e na vida pessoal. [dissertation on the Internet]. Ponta Delgada: Universidade dos Açores; 2021 [cited 2022 set 5]

- Available from: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/6294/1/DissertMestradoAnaRitaSouto2022.pdf>.
3. Maia JTDM, Leal LS. Contribuições da terapia ocupacional através produtivas e de lazer no internamento hospitalar prolongada. *Rev. Intern. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2019 [cited 2022 set 5];3(4):602–9. Available from: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto22432>.
 4. Pinto VAH, Paiva FS. “Ah, com certeza iam me dá alta, né...”: autonomia no processo de cuidado em saúde de sujeitos hospitalizados. *Physis.* [Internet]. 2021 [cited 2022 set 5];31(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310315>.
 5. Silva CJA, Pinheiro MCG, Isoldi DMR, Carvalho FPB, Carreiro GSP, Simpson CA. Experiências vivenciadas por pessoas hospitalizadas com queimaduras: A luz da história oral. *Online Braz. J. Nurs.* [Internet]. 2019 [cited 2023 fev 16];18(1). Available from: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.2019v18n1>
 6. Freitas VP, Aparecida RAM. Humanização da assistência de enfermagem em pacientes idosos. *Rev Inic Cient Ext* [Internet]. 2020 [cited 2022 nov 30];3(1):371-8. Available from: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/294>.
 7. Pereira MM, Rezende KTA, Santos IF, Tonhon SF da R. O processo de hospitalização sob a ótica do paciente. *Rev. Bras. Promoc. Saúde* [Internet]. 2020 dez 1 [cited 2023 mar 16];33. Available from: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/11657>
 8. Barboza BC, Sousa CALSC, Morais LAS. Percepção da equipe multidisciplinar acerca da assistência humanizada no centro cirúrgico. *Rev SOBECC* [Internet]. 2020 dez 21 [cited 2022 ago 28];25(4):212–218. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/611>
 9. Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, Peres AM, Lacerda MR. Integrality of care: challenges for the nurse practice. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2022 ago 28];70(3):504-10. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>
 10. Riegel F, Crossetti MGO, Siqueira DS. Contributions of Jean Watson’s theory to holistic critical thinking of nurses. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(4):2072-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>
 11. Silva MFF, Silva EM, Oliveira SLSS, Abdala GA, Meira MDD. Integralidade na atenção primária à saúde. *REFACSevista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social* [Internet]. 2018 mai 8 [cited 2022 ago 28]; 6(supp.1):394-400. Available from: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i0.2925>.
 12. Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, Ramos AR, Gasparin VA. Social determinants of health and community health agent work. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2020;54:e03558. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031403558>
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [cited 2023 ago 8]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
 14. Becker RM, Heidemann ITSB. Health promotion in care for people with chronic non-transmissible disease: Integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020;29:e20180250. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>
 15. Freitas MA, Alvarez AM, Buss Schuller Heidemann IT, Souza Lima JB, Sili EM, Chipindo OJ. Caminho conceitual da promoção da saúde: Relato de experiência. *Rev. Baiana Enferm* [Internet]. 2020 dez 1;35. Available from: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.36789>.
 16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407p.
 17. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzin E. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. *Rev. Gaucha Enferm* [Internet]. 2020;41:e20190177. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
 18. Melo RC, Pauferro MRV. Educação em saúde para a promoção do uso racional de medicamentos e as contribuições do farmacêutico neste contexto / Health education to provide the rational use of medications and the pharmacist 's contributions in this context. *Braz. J. Develop.* [Internet]. 2020 may 29 [cited 2022 dez 21];6(5):32162-73. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/10805>
 19. Nascimento GRF. A saúde vista com outros olhos: Iluminação hospitalar. *Sustinere*, [Internet]. 2020 jan 16 [cited 2022 dez

- 21];7(2):401-13. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/42427>
20. Ferreira JDO, Dantas DS, Dantas THM, Dias DEM, Santos ILS, Campos TNC. Estratégias de humanização da assistência no ambiente hospitalar: Revisão integrativa. *Rev. Ciênc. Plur* [Internet]. 2021;7(1):147–163. Available from: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n1ID23011>
21. Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Papaléo LK, Carvalho LWT, Camargo RAA. Qualificação profissional de enfermeiros da atenção primária à saúde e hospitalar: um estudo comparativo. *Revista Cuidarte*. 2020 mai 1; 11(2): e786. Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/786>
22. Ribeiro BCO, Souza RG, Silva RM. A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva – revisão de literatura. *Rev Inic Cient Ext* [Internet]. 2019 ago16 [cited 2022 dez 20];2(3), 167-75. Available from: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/253>
23. Flor TBM, Cirilo ET, Lima RRT, Sette-de-Souza PH, Noro LRA. Formação na residência multiprofissional em atenção básica: Revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2022 mar. [cited 2022 dez 20];27(03):921-36. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.04092021>
24. Feijoo AMLC. Situações de suicídio: atuação do psicólogo junto a pais enlutados. *Psicol Estu* [Internet]. 2021 [cited 2023 fev 16]; 26. Available from: <https://www.scielo.br/j/pe/a/qxhP9NhBk9wQcJPnjkgCZJq/?format=pdf&lang=p>.
25. Brito MVN, Ribeiro DE, Lima RS, Gomes RG, Fava SMCL, Vilela S de C, Sanches RS. Papel do acompanhante na hospitalização: perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2020 [cited 2023 mar 17];14:e243005. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243005/34248>
26. Batista G, Santos S, Espaço C, Resignificar P, Brito B, Santos D, et al. A percepção da pessoa internada sobre sua vivência no hospital. *Rev Nufen: Phenom Interd* [Internet]. 2020 mai/ago [cited 2023 mar 7]; 12(2):1-19. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v12n2/a02.pdf>.
27. Delgado Marques BL, Marinho I, Lins KK, Mota L, Rebelo AP. O papel da enfermagem na humanização dos serviços de saúde. *CBioS* [Internet]. 2021 nov 9 [cited 2022 dez 24];7(1):173. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/9346>.
28. Custódio DVS, Barbosa RS, Alves SAA, Silva KN, Cavalcante EGR. Comunicação como instrumento no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Rev Interd Enc Ciências-RIEC* [Internet]. 2020 [cited 2022 dez 24];3(1):1024-1038. Available from: <https://riec.univs.edu.br/index.php/riec/article/view/86>

Unitary Caring Science: Caritas Compassion Transpersonal Theory

Lisbon, June 27, 2023. Portugal Conference - Encontro Internacional da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano 2023.

Jean Watson¹

 orcid.org/0000-0003-1777-7636

¹Watson Caring Science Institute; Professor/Dean Emerita University of Colorado Denver, CON, USA.

Abstract (written by editors)

This article presents a transformative perspective on contemporary nursing, emphasizing unity and interconnectedness in the post-Covid world. Prof. Jean Watson introduces "Unitary Caring Science" as a holistic approach to nursing, rooted in three ethical principles: The Ethic of Belonging, The Ethics of Face, and The Ethics of Hands. These principles guide the paradigm shift in nursing philosophy and practice.

Dr. Watson discusses the "Ten Caritas Processes®," a foundational language for understanding and practicing human care. She highlights the importance of "Transpersonal Caring Moments," where nurses' presence and authenticity influence patient experiences. The article aligns this approach with the American Nurses Association's new definition, emphasizing compassion and presence in nursing care, and advocates for a holistic, interconnected nursing approach to uphold human dignity and compassion.

Keywords

Ethics Nursing; Holistic Nursing; Nursing Care.

Resumo (escrito pelos editores)

Este artigo apresenta uma perspectiva transformadora sobre a enfermagem contemporânea, enfatizando a unidade e a interligação no mundo pós-Covid. A Prof. Jean Watson apresenta a "Ciência Cuidadora Unitária" como uma abordagem holística para a enfermagem, fundamentada em três princípios éticos: A Ética da Pertença, A Ética do Rosto e A Ética das Mãos. Estes princípios orientam a mudança de paradigma na filosofia e prática da enfermagem.

A Dra. Watson discute os "Dez Processos Caritas®", uma linguagem fundamental para compreender e praticar o cuidado humano. Ela destaca a importância dos "Momentos de Cuidado Transpessoal", onde a presença e autenticidade das enfermeiras influenciam as experiências dos doentes.

O artigo alinha esta abordagem com a nova definição da Associação Americana de Enfermagem, enfatizando a compaixão e a presença no cuidado de enfermagem, e defende uma abordagem holística e interligada à enfermagem para preservar a dignidade e a compaixão humanas.

Palavras-chave

Ética em Enfermagem; Enfermagem Holística; Cuidado de Enfermagem.

Corresponding author:

Dr. Jean Watson

E-mail: jean@watsoncaringscience.org

How to cite this article: Watson J. Unitary Caring Science: Caritas Compassion Transpersonal Theory. Pensar Enf [Internet]. 2023 Oct; 27(1):106-109. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.296>



Introduction

Tumultuous times in our world require a new/old unitary worldview; an evolving consciousness about converging ideas of nursing, because we dwell in the sacred circle of life and death and beyond. Post Covid has awakened us to the reality of oneness of all, encompassing a quantum leap for a new worldview, a worldview of unity and connectedness of all things.

In my writing I refer to this shift as unitary caring science for nursing, caring, healing and health care. We are faced with one world/ one humanity/ one Planet.^{1,2}

The framework of unitary caring science and transpersonal theory includes the following principles: The Ethic of Belonging; The Ethic of Face; and the Ethic of Hands. Each one of these informs the transformative unitary paradigm for Nursing and specifically my work in philosophy and science of caring as well as transpersonal caring theory.

The Ethic of Belonging

The Ethic of Belonging was posed by French philosopher Levinas in 1969³ and submitted that we all 'Belong to the Infinite Field of Universal Cosmic Love', before our Separate Being. This worldview of unity and oneness of all reflects a quantum universe of connectedness, which transcends our separate ego physical self. This ethic also represents the reality of the sacred circle of life and death to which we all belong, before birth and after death, awakening the sacred science of caring. Further, Levinas posed Ethic of Belonging as the first principle of science. Thus, it is a foundational starting point and worldview for unitary caring science and my most current theoretical philosophical perspective.

The Ethics of Face

The Ethics of Face, likewise was posited by Levinas³ as a core principle of human evolution and survival of humanity. His work on Ethics of Face acknowledged that humanity either evolves further as infinite evolution to higher consciousness – Or – we totalize our humanity and each other. The view is in spite of the paradox of virtual reality; in that “the only way we can survive as humans at this point in human history is through *the Face -to-Face* connection”. “When we look into the face of another person, we are looking into the mystery and infinity of human soul; when we look into the mystery and infinity of other, it mirrors back the infinity of our own soul. The Face to Face connection also reflects the Ethic of Belonging that unites us across time and space.

The Ethics of Hands

The third principle of Unitary Caring Science is posited by Ethicist Logstrup,⁴ a Danish philosopher. His philosophy highlighted the metaphorical and literal reality that we hold another person's life in our hands. This ethic is core to nursing and human caring practices. In his words he noted: “*The life in our hands is a sovereign expression of life as given to us, before and beyond ego; with expressions of trust, love, honesty, forgiveness, gratitude - beyond feelings that are negative expressions of life...*”.^{4(p18)} He referred to this view as an Ethical Demand, to take care of the life which is in our hands. Within caring science and the infinite energy of love, it is important to highlight that our hands are connected with our heart; the heart is the very source of love, caring, compassion and our inner truth. So the ethics of hands takes on important meaning for nursing and the use of our hands in healing.

10 Caritas Processes®

The Ten Caritas Processes of the transpersonal caring theory, provide core language of the universals of human caring, which nurses are offering every day. However, because Caring has not been named, it has been invisible, without acknowledging, naming, documenting, researching. Further caring language has not been used as the foundational ethical, philosophical guide to micro and macro caring practices, contributing to patient and nurse caring-healing and health outcomes. It must be acknowledged in this postmodern time, that any profession without its own language does not exist. It is also important to know that these 10 Caritas Processes are located within the larger unitary caring science paradigm, the most mature level for honoring nursing's phenomenon and vicissitudes of human experiences.

Transpersonal Caring Moment

The nurse-patient relation in any given moment is affected by the presence, intentionality, consciousness, authenticity of the nurse in a given moment. Each caring moment is informed by nurse's theory, philosophy, ethic and authentic use of self in a given moment. Unitary Caring Science is context for any and each transpersonal caring moment, guided by the professional nurse's evolution and consciousness. Such mature practice at micro and macro level can be framed as Caring Praxis, beyond usual practice of *Doing*, transformed toward a Relational Ontology of *Being*. The ten Caritas Processes provide the language and theoretical foundation and structure of nursing. However, where the theory lives is in a Caring Moment, which is transpersonal, in that each moment is unique and goes beyond two individuals; rather beyond ego of nurse or even ego of nursing profession; rather nurse being authentically

present, open and receptive to 'see', 'to hear' and to honor with dignity each individual.

Caritas Process 1: Embrace - Practice of Loving Kindness, Compassion and Equanimity, for Self-first: before one is able to offer another authentic caring. Professional theory-guided practice requires informed moral action, such as honoring each of the Caritas Processes as guide for self as well as other.

Caritas Process 2: Inspire - Faith and Hope, through authentic presence. Honoring the subjective beliefs and inner life world of other; appreciating sacred presence. Staying within other's frame of reference. There is so much research and knowledge about the role of faith and hope; the role of religion and one's inner belief system which affects outcomes. In this process the nurse honors the whole person and their inner world beliefs even if they differ from mainstream medicine. Here the nurse works strictly from patient/family beliefs, not judging or attempting to impose own beliefs; while inspiring and enabling patient/family practices.

Caritas Process 3: Trust - Transpersonal Self-being sensitive to self/ others-going beyond ego to transpersonal presence. Trust is immediately detected by the nurses' presence, intentionality, heart-centered awareness; holding space for pausing, listening, *hearing* beyond words. As soon as the nurse walks into a patient's room, the patient will know whether they can trust this nurse or not.

Caritas Process 4: Nurture - Relationship. Heart to heart authentic relation via trust and loving presence. Holding Caritas Consciousness in relation with other. Everything is in-relation and here the nurse moves beyond *Doing Nursing* to *Being* authentically presence. Caritas Process 3 and 4 go hand in hand.

Caritas Process 5: Forgive - All – Allow for expression of positive and negative feelings; non-judgmental acceptance, holding sacred space to listen to another's story. Listening to other's story may be the greatest healing gift – where for perhaps for the first time, they hear themselves beyond the usual inner script; Nurse is there holding sacred space allowing patient to hear self; result they often come up with new solutions and new options for self; for self-care; self-knowledge, even self-healing approaches.

Caritas Process 6: Deepen - Creative self; nurse and patient move beyond 'problems' to strengths and creative solutions; allow for creative emergence. Invite an Expanded epistemology – allowing for multiple and all ways of knowing to be considered, not just empirical data alone. It is unethical to limit our knowledge and ways of knowing to only one form of knowledge. Subjective meaning and inner life experiences also count as knowledge, as well as personal, intuitive, aesthetic, ethical, spiritual as well as empirical-scientific knowledge.

Caritas Process 7: Balance - Learning with authentic teaching; appreciating inner listening and subjective meaning for understanding one's inner life world, leading to heart-centered wisdom. This process results in 'coaching'

other in self-caring; self-knowledge; self-control; self-choices; and self-healing approaches. Without learning, there is no teaching. It requires realizing that information is not knowledge; knowledge alone is not understanding; understanding is not same as internalizing; internalizing leads to wisdom.

Caritas Process 8: Co-create - Caritas Field; create healing environment, by 'being' the caritas field of loving-trusting, heart-to-heart connections. The Caritas Conscious nurse is the Healing environment. We can have the most beautiful physical environment, but if the humans in the field are not caring the environment can be toxic or biocidal for nurse as well as patients/families.

Caritas Process 9: Minister - Humanity and basic needs with reverence as sacred acts; sustaining human dignity; viewing bodyspirit as one. Helping another with basic human needs when they are unable to do for self, is one of greatest healing acts nurses offer to humanity. A Caritas Conscious Nurse knows they are not just touching the body, but also the mind, the heart and the soul of patient. Requiring a Caritas loving Consciousness to minister to another as a sacred gift.

Caritas Process 10: Open - To infinity and evolution of consciousness; allowing to spiritual existential unknowns, beyond conventional medical science, open to miracles and mystery of caring-healing and infinite possibilities. Conventional science and Western mindsets of medical science do not have all the answers to human health and healing. Nurses experience miracles and mystery in patient outcomes every day.⁵

Summary Note on Caritas Processes®

It is important to note that the Caritas Processes are not linear. They are a gestalt of the whole Caritas Consciousness in any given moment. It is like a hologram. The whole Caritas Consciousness is present in any given moment. Transpersonal caring moment represents any of the Caritas Processes which transcend time, space, and physicality. A transpersonal caring moment of any of the Caritas processes lasts with the patient and the nurse as long as they life, informing the next moments of their life. Thus, the Ethic of Belonging, the Ethic of Face and Ethic of Hand are present through Transpersonal Caritas in any given moment. This dynamic is a life-giving and life-receiving exemplar of Caritas Praxis.

As a transition from overview of Caring Science Caritas Processes and Transpersonal Moment it is helpful to examine the congruence between Unitary Caring Science/Caritas Processes and Transpersonal with the latest definition of Nursing from American Nurses Association (ANA).

Current Definition of Nursing: American Nurses Association ANA (2021-22)

Nursing integrates the *art and science of caring* and focuses on the protection, promotion, and optimization of health and *human functioning*; prevention of illness and injury; *facilitation of healing*; and *alleviation of suffering* through *compassionate presence*. Nursing is the diagnosis and treatment of human responses and advocacy in the care of individuals, families, groups, communities, and populations *in recognition of the connection of all humanity*.

The highlighted areas with the latest ANA definition reflects a Unitary Caring Science Paradigm and Transpersonal Caring values as part of the evolved definition of nursing. It is the first time ANA has included caring in its definition; previously the definitions were medicalized-clinicalized views of nursing and humanity, e.g. diagnosis and treatment language.

Together Unitary Caring Science and Transpersonal Caring Theory provide a mature disciplinary foundation for Nursing for this time of change, so needed to sustain human caring and human dignity for both nurses and patients alike. Identifying the Ethics and Quantum Transformative thinking for Unitary Caring Science provide a universal timeless framework for nursing past, present and future.

In summary I have identified the essence and advantages of expanding Nursing and Unitary Caring Science Paradigm and Transpersonal Caritas as a way forward to sustain nursing's global covenant with humanity.

WATSON ESSENCE OF UNITARY CARING SCIENCE

- ❖ Brings infinity of LOVE back into Nursing and Health Care/ Science
- ❖ Provides Universal Nursing Language for Universals of Caring Phenomena
- ❖ Introduces Transpersonal - Metaphysical – Sacred
- ❖ Integrates ancient and contemporary Energetic Caring Healing Arts
- ❖ Provides a Full Circle of Caring Science evolution:

E.G. Unitary Philosophy - Ethic – Theory – Micro/macro Caritas Praxis/Education- Measurements and Research.

Final Summary

Unitary Caring Science: Transpersonal Human Caring provides a full circle of knowledge to guide the practice, research, education and leadership for Nursing's' future: The core Philosophy; the Ethical principles of Unitary Caring; Core Values that guide Caritas Processes as theoretical frame for micro and macro practices; combined with Measures and outcomes of Caring as essential to all healthcare. Philosophy/ Ethic/ Values/ Theory/ Practice/ Research-Measures/ Outcomes Without nursing advancing

within its own philosophical - ethical – theoretical framework, it is doomed to remain as very good technicians of a totally new quantum universe, required for caring healing and health for all.

References

1. Watson, J. Unitary caring science: the philosophy and praxis of Nursing. Louisville: University press of Colorado; 2018. 204 p.
2. Watson, J. Caring science as sacred science. Boulder: Lotus Library; 2021. 289 p.
3. Levinas, E. Totality and infinity. Pittsburgh: Duquesne University Press; 1996. 307p.
4. Logstrup, K. The Ethical demand. Paris: University of Notre Dame; 1997. 342 p.
5. Watson, J. Nursing the philosophy and science of caring. Boulder: University Press of Colorado; 2008. 313 p.
6. Watson, J. (Ed.). Miracle and mysteries: witnessed by nurses. Deerfield Beach: Lotus Library; 2019. 174 p.



PENSAR
ENFERMAGEM
Revista Científica | Journal of Nursing