

**9<sup>th</sup> INTERNATIONAL SEMINAR  
ON NURSING RESEARCH  
PROCEEDINGS**

Margarida M Vieira, Beatriz Araújo, Sérgio Deodato (coord.)

MAIO 2015

# **9<sup>th</sup> International Seminar on Nursing Research Proceedings**

9<sup>th</sup> International Seminar on Nursing Research Proceedings

Margarida M Vieira, Beatriz Araújo, Sérgio Deodato (coordenadores)

© Instituto de Ciências da Saúde – Porto | Universidade Católica Portuguesa

Rua Arquiteto Lobão Vital

4202-401 Porto, Portugal

+351 22 5580073 | saude@porto.ucp.pt

2015

**ISBN:** 978-989-97041-3-8

NOTA INTRODUTÓRIA .....	5
PROGRAMA DO 9.º ISNR .....	7
COMISSÕES DO EVENTO.....	13
Comissão Científica.....	14
Comissão Organizadora .....	14
AUTORES.....	15
RESUMOS.....	19
CONFERÊNCIAS .....	20
Cuidar dos seus – retrato de famílias da cidade do Porto.....	21
Contributos dos ensinamentos clínicos para a qualidade dos cuidados de saúde .....	23
Iniciación científica en le grado de Enfermería: el caso de la UCV.....	25
Desafios à investigação histórica em Enfermagem .....	28
COMUNICAÇÕES ORAIS .....	29
Literacia em Saúde Mental sobre depressão em adolescentes: estudo de construção e validação de um instrumento de medida (MentaHLIS-Depressão) .....	30
Sensibilidade moral dos enfermeiros: uma revisão da literatura .....	31
As dificuldades na alimentação da criança com paralisia cerebral .....	32
Desafios da prática profissional do enfermeiro no contexto de saúde brasileiro.....	33
Assistência em tempos difíceis: O terramoto de 1755.....	34
Os feridos no terramoto de Lisboa de 1755 .....	35
Fatores que influenciam a evolução da (in)dependência no autocuidado após a alta hospitalar .....	36
Juízo clínico produzido pelo enfermeiro, acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado numa amostra de clientes dependentes .....	37
Prestadores de cuidados familiares de pessoas em fase final de vida no domicílio – Modelo de Supervisão Clínica.....	38
Tradução e Validação da Escala Adapted Illness Intrusiveness Ratings .....	39
Sofrimento, um foco de intervenção em Enfermagem, que desafio e perspetivas.....	40
Doença crónica na Europa Continental: que desafios no autocuidado?.....	41
Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia.....	42
A qualidade de vida e a família das pessoas idosas, utentes de lares e centros de dia, no distrito de Vila Real.....	43
Qualidade de vida e percepção de saúde dos idosos de Marília, SP, Brasil .....	44
A perceção sobre ser cuidado por estudantes de enfermagem com tatuagens visíveis: revisão sistemática de literatura .....	45
Terapia oncológica e medicina alternativa em mulheres com cancro da mama: a face oculta do controlo de sintomas.....	46

Fatores de risco de queda na pessoa idosa residente na comunidade: Revisão Integrativa da Literatura .....	47
Trauma e reabilitação: que modelo de intervenção numa perspetiva da qualidade no cuidado? .....	48
Enfermagem de catástrofe: preparação para o desenvolvimento de competências .....	49
Recomposição social pelo trabalho com oficinas de emprego: Um projeto de investigação-ação .....	50
Práticas de literacia familiar conducentes à literacia emergente: uma estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança. ....	51
Segurança da medicação e erros de medicação: Revisão da produção científica .....	52
Dos ambientes da prática de enfermagem à segurança dos doentes: o que tem sido feito .....	53
Frequência às aulas e desempenho em Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Enfermagem - 1º Ciclo .....	54
A satisfação com os cuidados de enfermagem em pessoas dependentes de substâncias .....	55
Revisão da literatura sobre contributos da enfermagem para os outcomes em estruturas residenciais para pessoas idosas .....	56
O processo de luto na criança .....	57
A Família no Hospital .....	58
Conhecimento e Intervenções de Enfermagem face às pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo e família: estado da arte .....	59
A esperança como um elemento significativo no cuidado de enfermagem ao doente com doença oncológica paliativa: Perspetiva dos enfermeiros .....	60
Cuidadores Familiares Idosos de Idosos com Dependência no Autocuidado .....	61
Revisão Integrativa sobre a relação entre autonomia e a condição de ser idoso na literatura científica da enfermagem .....	62
As dotações de enfermeiros e os eventos adversos – uma análise do impacto .....	63
A tomada de decisão e a autonomia no ensino clínico de Enfermagem .....	64
Relevância do Estímulo Cognitivo em Contexto Comunitário .....	65
Autoeficácia no trabalho de parto .....	66
Intervenções de enfermagem na pessoa com dor músculo-esquelética: Estado da Arte	67
Saúde 24 (808 24 24 24) – números da atividade .....	68
Indicadores de qualidade em enfermagem .....	69
Capacidade para o Trabalho dos Professores de Enfermagem .....	70
Saúde 24 (808 24 24 24) - avaliação do impacte na redução do recurso às urgências hospitalares .....	71
Atenção às necessidades espirituais na prática clínica dos enfermeiros .....	72
PÓSTERES .....	73
Estudo de caso: teses de doutoramento em Portugal .....	74
Pesquisa Documental – Contributos para História e Filosofia da Enfermagem .....	75

Análise factorial exploratória da escala de Empowerment Individual na Doença Crónica .....	76
A história do diagnóstico de enfermagem “disfunção sexual” na NANDA-I .....	77
António Maria de Sena - Uma Narrativa .....	78
Cuidados Paliativos no Domicílio, para um fim de vida com qualidade.....	79
Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) - que investigação em Portugal? .....	80
Therapeutic Occupation Activities – Nursing Structured Interventions in Psychosocial Rehabilitation .....	81
Health Education and Literacy of Patient with Experience of Mental Illness.....	82
Os registos de enfermagem nos regulamentos da profissão .....	83
Eficácia da terapia de oscilações profundas na redução da dor na pessoa com lombalgia .....	84
Plano Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – uma revisão crítica .....	85
Referenciais teóricos em enfermagem e sua utilização em teses de doutoramento em Portugal: análise documental .....	86
Atributos da esperança para os enfermeiros que cuidam da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: Análise da simbologia do conceito.....	87
Prevalência de Feridas no CHVNG/E.....	88
Necessidades Espirituais dos Doentes Hospitalizados e Intervenções de Enfermagem ..	89
Viver em solitude depois dos 80 anos: estudo de caso .....	90
Sobrecarga do membro de família prestador de cuidados e número de feridas do recetor: Que relação? .....	91
Sofrimento do Cuidador Informal da Pessoa Hospitalizada .....	92
Últimos dias e horas de vida na perspetiva dos profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Paliativos .....	93
AFILIAÇÕES .....	94
Índice remissivo de Palavras-chave .....	97



Realizou-me mais um Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem. Nesta publicação fica a memória de dois dias de intenso trabalho, nos quais se partilhou a investigação de cento e vinte e um autores, maioritariamente envolvidos em programas de formação avançada em enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, num total de cinquenta e seis afiliações institucionais.

Desde 2005, mantivemos da tradição de convidar conferencistas, cujo trabalho, entusiasmo e visão sobre a enfermagem, sobre o que é e o que deve ser, nos motivam a continuar. Também este ano assim foi. Paulo Parente e Olivério Ribeiro partilharam os resultados da sua investigação recente no âmbito do doutoramento em enfermagem que concluíram no último ano. No primeiro caso, sobre a problemática das famílias do Porto que têm a seu cargo membros doentes e, no segundo caso, sobre os contributos dos ensinamentos clínicos da licenciatura em enfermagem para as instituições hospitalares em que são realizados. Pedro Navarro desafiou os enfermeiros presentes a ir mais longe e partilhou o trabalho que realizam na Faculdade de Enfermagem que dirige, visando dotar os futuros enfermeiros de competências de investigação necessárias ao desenvolvimento profissional. E Augusta Sousa apresentou um interessante desafio à investigação histórica: lembrando as metas definidas no Congresso de Enfermagem de 1973 em que participou (uma carreira única, a integração no ensino superior e a criação da Ordem), conseguidas em tempos diferentes, instigou os presentes a estudarem os percursos realizados, a compreendê-los e explicá-los, para que se possa aprender com eles, sonhar de novo e conseguir de novo.

As comunicações orais e pósteres distribuíram-se pelas áreas habituais: Enfermagem Avançada (EA); Educação em Enfermagem (EE); História e Filosofia de Enfermagem (HFE) e Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem (GUSSE). As sessões foram animadas pela discussão suscitada e muitas questões ficaram em aberto para investigação futura.

Mas foi, mais uma vez, a partilha dos corredores, os encontros imprevistos e promessas de colaborações futuras, que fizeram deste seminário aquilo que deveria ter sido.

Cabe aqui um agradecimento especial à equipa de secretariado e organização, liderada por João Neves Amado, que este ano integrou os estudantes do X Curso de Doutoramento. Sem esta equipa este evento não seria o sucesso que foi. Espera-se agora que estas atas sirvam, não só para memória futura, mas sobretudo para uma maior divulgação da investigação realizada e estímulo para muitos outros.

Margarida Vieira





09h00 | Abertura do secretariado (Registration)

09h30 | Sessão de Abertura (Opening Ceremony)

10h00 | Conferência 1 (Conference 1)

**Cuidar dos seus – retrato de famílias da cidade do Porto**  
Paulo Parente (21)

Apresentação: Luís Sá (51)

10h45 | Intervalo para café (Coffee Break)

**Sessão Posters 1 (Poster session 1)**

66 | EA | Análise factorial exploratória da escala de Empowerment Individual na Doença Crónica  
Elisabete Lamy da Luz (26, 3); Fernanda Santos Bastos (21); Margarida M Vieira (51, 5)

77 | EA | A história do diagnóstico de enfermagem “disfunção sexual” na NANDA-I  
Dora Maria Honorato Carteiro (4, 26); Maria Manuela Néné Cordeiro (22, 5); Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer (51, 5); Maria João Jacinto Guerra (51, 26)

84 | EA | Cuidados Paliativos no Domicílio, para um fim de vida com qualidade  
Patrícia Coelho (51, 26); Manuel Luis Capelas (51); Tânia Costa (26, 51); Ramon Andrade de Mello (54, 37); Luis Sá (51, 5)

92 | EA | Therapeutic Occupation Activities – Nursing Structured Interventions in Psychosocial Rehabilitation  
Carlos Melo-Dias (20, 44); Amorim Rosa (20, 44); Alberto Pinto (20, 44)

11h00 | Comunicações Livres 1 (Concurrent sessions 1)

18 | EA | Literacia em Saúde Mental sobre depressão em adolescentes: estudo de construção e validação de um instrumento de medida (MentaHLiS-Depressão)  
Amorim Gabriel Santos Rosa (20); Luís Manuel de Jesus Loureiro (20); Carlos Alberto da Cruz Sequeira (21)

40 | EA | As dificuldades na alimentação da criança com paralisia cerebral  
Joana Marques (6, 26); Luís Sá (51, 5)

61 | EA | Fatores que influenciam a evolução da (in)dependência no autocuidado após a alta hospitalar  
Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel (16, 21); Filipe Miguel Soares Pereira (21); Inês Maria Cruz Sousa (21)

64 | EA | Prestadores de cuidados familiares de pessoas em fase final de vida no domicílio – Modelo de Supervisão Clínica  
Maria João Cardoso Teixeira (9, 52); Wilson Abreu (21); Nilza Costa (52)

140 | EA | Trauma e reabilitação: que modelo de intervenção numa perspetiva da qualidade no cuidado?  
Paulo Alexandre dos Santos (26); Isabel Mascarenhas Rabiais (51, 5)

12h00 | Comunicações Livres 2 (Concurrent sessions 2)

65 | EA | Tradução e Validação da Escala Adapted Illness Intrusiveness Ratings  
Elisabete Lamy da Luz (26, 3); Fernanda Santos Bastos (21); Margarida M Vieira (51, 5)

91 | EA | Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia  
Carlos Melo-Dias (20, 44); Carlos Fernandes da Silva (52)

96 | EA | A qualidade de vida e a família das pessoas idosas, utentes de lares e centros de dia, no distrito de Vila Real  
Ana Cristina Caramelo (18, 26); Margarida M Vieira (51, 5); Regina Célia Ermel (53, 5)

120 | EA | Terapia oncológica e medicina alternativa em mulheres com cancro da mama: a face oculta do controlo de sintomas  
Maria Raquel Esteves (23, 33); Francisca Pinto (23, 26)

141 | EA | Enfermagem de catástrofe: preparação para o desenvolvimento de competências  
Paulo Alexandre dos Santos (26); Isabel Mascarenhas Rabiais (51, 5)

13h00 | Almoço livre (lunch)

14h30 Conferência 2 (Conference 2)

### Contributos dos ensinós clínicos para a qualidade dos cuidados de saúde

Olivério Ribeiro (24)

Apresentação: Beatriz Araújo (51)

15h30 Comunicações Livres 3 (Concurrent sessions 3)

#### Auditório Principal

- 42 | GUSSE | Desafios da prática profissional do enfermeiro no contexto de saúde brasileiro  
Rafaela Schaefer (26, 5); Carlise Rigon Dalla Nora (26, 5); Rosângela Barbiani (56)
- 88 | GUSSE | Doença crónica na Europa Continental: que desafios no autocuidado?  
Liliana Andreia Neves da Mota (55, 11); Sónia Alexandra Lemos Novais (26, 41)
- 148 | GUSSE | Recomposição social pelo trabalho com oficinas de emprego: Um projeto de investigação-ação  
Amélia Simões Figueiredo (51, 5); Medeiros Garcia (51, 26); Paulo Seabra (51, 5); Rasquillo Vidal (51, 5); Sarreira Santos (51)
- 162 | GUSSE | Segurança da medicação e erros de medicação: Revisão da produção científica  
Leila Sales (26, 22)
- 194 | GUSSE | Saúde 24 (808 24 24 24) – números da atividade  
Sérgio David Lourenço Gomes (26, 19); Sérgio Joaquim Deodato Fernandes (51, 5)

#### Sala C2P306

- 62 | EA | Juízo clínico produzido pelo enfermeiro, acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado numa amostra de clientes dependentes  
Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel (16, 21); Filipe Miguel Soares Pereira (21); Inês Maria Cruz Sousa (21)
- 98 | EA | Qualidade de vida e percepção de saúde dos idosos de Marília, SP, Brasil  
Ana Cristina Caramelo (18, 26); Regina Célia Ermel (53, 5); Margarida M Vieira (51, 5); Lislaine Fraccolli (59); Tereza Lais Zutin (53)
- 126 | EA | Fatores de risco de queda na pessoa idosa residente na comunidade: Revisão Integrativa da Literatura  
Luís Manuel Mota de Sousa (14, 49); Maria Nilza Guimarães Nogueira de Caldevilla (21); Cristina Maria Alves Dias Henriques (1, 26); Sandy Silva Pedro Severino (14); Isabel Ferreira (42)
- 155 | EA | Práticas de literacia familiar conducentes à literacia emergente: uma estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança.  
Ana Maria Vieira Soares de Resende (51, 26); Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo (21); Margarida M Vieira (51, 5)
- 168 | EA | A satisfação com os cuidados de enfermagem em pessoas dependentes de substâncias  
Paulo Seabra (51, 5); Luís Sá (51, 5); José Amendoeira (35, 5)

16h30 Intervalo para café (Coffee Break)

#### Sessão Posters 2 (Poster session 2)

- 90 | GUSSE | Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) - que investigação em Portugal?  
Carla Regina Rodrigues da Silva (26, 37)
- 93 | EA | Health Education and Literacy of Patient with Experience of Mental Illness  
Cândida Loureiro (20, 44); Carlos Melo-Dias (20, 44); Graça Figueiredo (12, 44); Susana Conceição (12, 44); Olívia Lourenço (39, 44)
- 144 | EA | Eficácia da terapia de oscilações profundas na redução da dor na pessoa com lombalgia  
Sérgio Miguel Pereira Santos (26, 8)
- 157 | GUSSE | Plano Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – uma revisão crítica  
Sara Correia (15, 29); Amélia Simões Figueiredo (51, 5); Teresa Rasquillo Vidal (51)
- 181 | EA | Atributos da esperança para os enfermeiros que cuidam da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: Análise da simbologia do conceito  
Andreia Filipa Pires Pacheco (30, 28); Zaida Borges Charepe (51, 5)

17h00

Comunicações Livres 4 (Concurrent sessions 4)

163 | GUSSE | Dos ambientes da prática de enfermagem à segurança dos doentes: o que tem sido feito  
Sofia Maria Borba Roque (26, 34); Élvio Henriques Jesus (51, 40)

187 | GUSSE | As dotações de enfermeiros e os eventos adversos – uma análise do impacto  
Nelson Emidio Henrique Guerra (26, 19); Élvio Henriques de Jesus (51, 5); Margarida M Vieira (51, 5)

201 | GUSSE | Saúde 24 (808 24 24 24) - avaliação do impacto na redução do recurso às urgências hospitalares  
Sérgio David Lourenço Gomes (26, 19); Andreia Jorge Silva (26, 19); Paulo Jorge Nogueira (19); Nelson Guerra (26, 19)

169 | EA | Revisão da literatura sobre contributos da enfermagem para os outcomes em estruturas residenciais para  
pessoas idosas  
Vanda Maria Veiga Pereira (26, 7); Patrícia Pontífice (51; 5)

171 | EA | O processo de luto na criança  
Sílvia Ramos (13, 26)

18h00

Encerramento dos trabalhos (Closing)

09h00

## Comunicações Livres 5 (Concurrent sessions 5)

## Auditório Principal

## Sala C2P306

172 | EA | A Família no Hospital  
Vanda Maria Veiga Pereira (26, 7)

179 | EA | Conhecimento e Intervenções de Enfermagem face às pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo e família: estado da arte  
Raquel Fonseca (28, 16); Armando Almeida (51, 26)

182 | EA | A esperança como um elemento significativo no cuidado de enfermagem ao doente com doença oncológica paliativa: Perspetiva dos enfermeiros  
Andreia Filipa Pires Pacheco (30, 28); Zaida Borges Charepe (51, 5)

185 | EA | Cuidadores Familiares Idosos de Idosos com Dependência no Autocuidado  
Ana Oliveira (25); Tânia Helena (25); Tânia Costa (26, 51)

190 | EA | Relevância do Estímulo Cognitivo em Contexto Comunitário  
Mónica Monteiro (28); Armando Almeida (51, 26)

191 | EA | Autoeficácia no trabalho de parto  
Ana Paula Prata (21, 26); Célia Santos (21); Margarida Reis Santos (21)

192 | EA | Intervenções de enfermagem na pessoa com dor músculo-esquelética: Estado da Arte  
Bruno Soares (26, 11); Luís Sá (51, 5); Raquel Fonseca (28, 16)

86 | EE | Sofrimento, um foco de intervenção em Enfermagem, que desafio e perspetivas  
Paula Encarnação (27, 47); Clara Costa Oliveira (47); Teresa Martins (21)

10h30

## Conferência 3 (Conference 3)

**Iniciación científica en el grado de Enfermería: el caso de la UCV.**

Pedro Navarro (46)

Apresentação: Margarida M Vieira (51)

11h15

## Intervalo para café (Coffee Break)

## Sessão Posters 3 (Poster session 3)

44 | EE | Estudo de caso: teses de doutoramento em Portugal  
Guída Amaral (26, 10); Beatriz Araújo (5, 51)

195 | EA | Necessidades Espirituais dos Doentes Hospitalizados e Intervenções de Enfermagem  
André Ribeiro Ramos (29); Sofia Soares (29); Tânia Coelho (29); Amélia Simões Figueiredo (51, 5); Elisabete Nunes (51, 5)

199 | EA | Viver em solitude depois dos 80 anos: estudo de caso  
Maria Albertina Álvaro Marques (36, 26); Margarida M Vieira (51, 5)

202 | EA | Sobrecarga do membro de família prestador de cuidados e número de feridas do recetor: Que relação?  
Tânia Costa (26, 51); Armando Almeida (26, 51); Patrícia Coelho (26, 51); Maria Clara Braga (26, 51); Luís Sá (5, 51)

204 | EA | Sofrimento do Cuidador Informal da Pessoa Hospitalizada  
Sónia Isabel Araújo Sardinheiro (29); Inês Sotero (29); Marta Monteiro (29); Isabel Rabiais (51, 5); Ricardo Picoito (32)

11h45

## Comunicações Livres 6 (Concurrent sessions 6)

108 | EE | A perceção sobre ser cuidado por estudantes de enfermagem com tatuagens visíveis: revisão sistemática de literatura  
Margarida Lourenço (51, 5); Sílvia Caldeira (51, 5); Teresa Vidal (51)

165 | EE | Frequência às aulas e desempenho em Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Enfermagem - 1º Ciclo  
Júlia Santos (26, 35); Margarida M Vieira (51, 5); Amélia Simões Figueiredo (51, 5)

186 | EE | Revisão Integrativa sobre a relação entre autonomia e a condição de ser idoso na literatura científica da enfermagem  
Gisela Cataldi Flores (26, 57); Sérgio Deodato (51, 5); Amélia Simões Figueiredo (51, 5)

189 | EE | A tomada de decisão e a autonomia no ensino clínico de Enfermagem  
Ana Leão (28); Armando Almeida (51, 26)

200 | EE | Capacidade para o Trabalho dos Professores de Enfermagem  
José Hermínio Gomes (20, 26); Carlos Fernandes da Silva (52); Arménio Guardado Cruz (20)

13h00 | Almoço livre (lunch)

14h30 | Conferência 4 (Conference 4)

**Desafios à investigação histórica em Enfermagem**

Augusta Sousa (5)

Apresentação: Sérgio Deodato (51)

15h30 | Comunicações Livres 7 (Concurrent sessions 7)

47 | HFE | Assistência em tempos difíceis: O terramoto de 1755  
Amélia Ferreira (26, 45); Alexandra Esteves (48)

32 | HFE | Sensibilidade moral dos enfermeiros: uma revisão da literatura  
Carlise Rigon Dalla Nora (26, 56); Rafaela Schaefer (26)

48 | HFE | Os feridos no terramoto de Lisboa de 1755  
Amélia Ferreira (26, 45); Alexandra Esteves (48)

196 | EA | Indicadores de qualidade em enfermagem  
Luciana Alves de Mesquita Leite (28, 38); Armando Almeida (51, 26)

203 | EA | Atenção às necessidades espirituais na prática clínica dos enfermeiros  
Willyane de Andrade Alvarenga (58, 26); Margarida M Vieira (51, 5); Emília Campos de Carvalho (58); Sílvia Caldeira (51, 5); Lucila Castanheira Nascimento (58)

16h30 | Intervalo para café (Coffee Break)

Sessão Posters 4 (Poster session 4)

50 | HFE | Pesquisa Documental – Contributos para História e Filosofia da Enfermagem  
Amélia Ferreira (26, 45); Albertina Canastra (26, 45); Analisa Candeias (26, 47)

83 | HFE | António Maria de Sena - Uma Narrativa  
Analisa Lia Silva Candeias (26, 47); Alexandra Esteves (50, 48); Luís Sá (5, 51)

95 | HFE | Os registos de enfermagem nos regulamentos da profissão  
Maria Helena Almeida e Sousa (26, 31)

170 | HFE | Referenciais teóricos em enfermagem e sua utilização em teses de doutoramento em Portugal: análise documental  
Sónia Margarida Santos Coelho (2, 26); Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes (20)

205 | EA | Últimos dias e horas de vida na perspetiva dos profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Paliativos  
João Castro (9, 43); Luís Sá (51, 5); Patrícia Coelho (51, 26)

17h00 | Conferência Final (Closing Conference)

**Investigar para transformar: alargar horizontes na investigação em enfermagem**

Margarida M Vieira (51)

17h45 | Sessão de Encerramento e Entrega de Prémios (Closing remarks. Awards)



## Comissão Científica

---

### **President: Margarida M Vieira, PhD**

Aida Fernandes, PhD  
Amélia Simões Figueiredo, PhD  
Beatriz Araújo, PhD  
Constança Festas, PhD  
Elisabete Nunes, PhD  
Élvio Jesus, PhD  
Helena José, PhD  
Irene Oliveira, PhD  
Isabel Rabiais, PhD  
Luís Octávio de Sá, PhD  
Manuela Madureira, PhD  
Manuela Nené, PhD  
Margarida Lourenço, PhD  
Patrícia Pontífice de Sousa, PhD  
Sérgio Deodato, PhD  
Sílvia Caldeira, PhD  
Zaida Charepe, PhD

## Comissão Organizadora

---

Fátima Biltes  
João Neves Amado  
Sara Laranjeira  
Alunos da Turma do Porto da 10ª ed. do Curso de Doutoramento em Enfermagem:  
- Ana Costa  
- Ana Sousa  
- Carlise Nora  
- Francisca Pinto  
- Ivo Barreira  
- João Faria  
- Mª Lúcia Rocha  
- Sara Pereira  
- Sónia Coelho  
- Sónia Novais  
- Rafaela Schaefer  
- Tânia Costa





**A**

---

Albertina Canastra  
Alberto Pinto  
Alexandra Esteves  
Amélia Ferreira  
Amélia Simões Figueiredo  
Amorim Gabriel Santos Rosa  
Amorim Rosa  
Ana Cristina Caramelo  
Ana Leão  
Ana Maria Vieira Soares de Resende  
Ana Oliveira  
Ana Paula Prata  
Analisa Lia Silva Candeias  
André Ribeiro Ramos  
Andreia Filipa Pires Pacheco  
Andreia Jorge Silva  
Armando Almeida  
Arménio Guardado Cruz  
Augusta Sousa

**B**

---

Beatriz Araújo  
Bruno Soares

**C**

---

Cândida Loureiro  
Carla Regina Rodrigues da Silva  
Carlise Rigon Dalla Nora  
Carlos Alberto da Cruz Sequeira  
Carlos Fernandes da Silva  
Carlos Melo-Dias  
Célia Santos  
Clara Costa Oliveira  
Cristina Maria Alves Dias Henriques

**D**

---

Dora Maria Honorato Carteiro

**E**

---

Elisabete Lamy da Luz  
Elisabete Nunes  
Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel  
Élvio Henriques de Jesus  
Emília Campos de Carvalho

**F**

---

Fernanda Santos Bastos  
Filipe Miguel Soares Pereira  
Francisca Pinto

**G**

---

Gisela Cataldi Flores  
Graça Figueiredo  
Guida Amaral

---

**I**

Inês Maria Cruz Sousa  
Inês Sotero  
Isabel Ferreira  
Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes  
Isabel Mascarenhas Rabiais  
Isabel Rabiais

---

**J**

Joana Marques  
João Castro  
José Amendoeira  
José Hermínio Gomes  
Júlia Santos

---

**L**

Leila Sales  
Liliana Andreia Neves da Mota  
Lislaine Fracoli  
Luciana Alves de Mesquita Leite  
Lucila Castanheira Nascimento  
Luís Manuel de Jesus Loureiro  
Luís Manuel Mota de Sousa  
Luís Sá

---

**M**

Manuel Luis Capelas  
Margarida Lourenço  
Margarida Reis Santos  
Margarida M Vieira  
Maria Albertina Álvaro Marques  
Maria Clara Braga  
Maria Helena Almeida e Sousa  
Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo  
Maria João Cardoso Teixeira  
Maria João Jacinto Guerra  
Maria Manuela Néné Cordeiro  
Maria Nilza Guimarães Nogueira de Caldevilla  
Maria Raquel Esteves  
Marta Monteiro  
Medeiros Garcia  
Mónica Monteiro

---

**N**

Nelson Emídio Henrique Guerra  
Nilza Costa  
Noélia Conceição

---

**O**

Olivério Ribeiro  
Olívia Lourenço

---

**P**

Patrícia Coelho  
Patrícia Pontífice  
Paula Encarnação  
Paulo Alexandre dos Santos

Paulo Jorge Nogueira  
Paulo Parente  
Paulo Seabra  
Pedro Navarro

---

**R**

Rafaela Schaefer  
Ramon Andrade de Mello  
Raquel Fonseca  
Rasquillho Vidal  
Regina Célia Ermel  
Ricardo Picoito  
Rosângela Barbiani

---

**S**

Sandy Silva Pedro Severino  
Sara Correia  
Sarreira Santos  
Sérgio David Lourenço Gomes  
Sérgio Joaquim Deodato Fernandes  
Sérgio Miguel Pereira Santos  
Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer  
Sílvia Ramos  
Sofia Maria Borba Roque  
Sofia Soares  
Sónia Alexandra Lemos Novais  
Sónia Isabel Araújo Sardinheiro  
Sónia Margarida Santos Coelho  
Susana Conceição

---

**T**

Tânia Coelho  
Tânia Costa  
Tânia Helena  
Teresa Martins  
Teresa Rasquillho Vidal  
Tereza Lais Zutin

---

**V**

Vanda Maria Veiga Pereira

---

**W**

Willyane de Andrade Alvarenga  
Wilson Abreu

---

**Z**

Zaida Borges Charepe





## Cuidar dos seus – retrato de famílias da cidade do Porto

Paulo Parente (21)

Os seres humanos – ao contrário do que acontece com muitos outros seres vivos – nascem particularmente desprotegidos, sendo incapazes de sobreviver sozinhos. Para além desta fragilidade primordial, e de algumas que ocorrem ocasionalmente ao longo do ciclo de vida, com o declínio biofisiológico que acompanha o envelhecimento advêm novas e crescentes debilidades.

Ora por apelo da natureza, ora em razão da sua inteligência, o Homem encontrou no *outro* a força, para superar as suas próprias fraquezas. Entre outras criações, “inventou” a família e cultivou a parentalidade. E, assim, não só foi capaz de sobreviver individualmente, como desenvolveu laços que permitiram a sobrevivência de outros, garantindo, também por esta via, o sucesso da espécie. Não se estranhará, por isso, que cuidar dos seus esteja na matriz mais profunda do homem e aconteça, hoje, como ontem, no seio da família. A manutenção de um familiar dependente no autocuidado no seio da família é disso um exemplo. Acontece que esta realidade tem vindo a transformar-se, não sendo mais a mesma de outrora.

As alterações de ordem demográfica, como o envelhecimento populacional e as mudanças na estrutura familiar - particularmente sentidas nos grandes centros urbanos - a par das respostas sociais e assistenciais que se têm vindo a operar, desencadearam uma mudança acelerada na natureza das necessidades em saúde das famílias em geral e dos membros envolvidos no processo de cuidados.

Estas mudanças, num domínio tão sensível à intervenção dos enfermeiros, constituem-se como uma oportunidade de construir e de representar conhecimento que sustente novos modelos de exercício profissional, capazes de contribuir para que a permanência de um familiar dependente no domicílio se possa constituir como uma transição saudável, não só para este, mas, também, para o cuidador familiar e para a família.

Assim, no âmbito de um projeto mais amplo, que envolveu também o concelho de Lisboa, realizou-se um estudo de carácter descritivo e correlacional, no concelho do Porto, que, entre outros objetivos, visava a caracterização das famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado, bem como, a caracterização da pessoa dependente, do cuidador familiar, dos recursos utilizados e, ainda, a caracterização dos contextos em que o fenómeno ocorre.

Das 2314 famílias clássicas que fizeram parte do estudo no concelho do Porto, 10,41% integram, pelo menos, uma pessoa dependente no autocuidado (55% tem mais de 80 anos), sendo que, em cada três destas, uma é “dependente-acamado” (34,4% das famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado). A prevalência destes casos obedece a uma distribuição geográfica concêntrica, com valores mais altos na zona mais antiga da cidade (13,77%) e valores mais baixos no litoral atlântico (5,89%).

As famílias que integram pessoas dependentes, bem como os respetivos alojamentos familiares, ao contrário do que poderia supor-se, não apresentam características que os tornem especialmente recetivos a pessoas dependentes no autocuidado; são, até, em muitos aspetos, “demasiadamente” vulgares. Na verdade, as famílias são compostas, em média, por três membros, porém 45% não têm mais de 2 membros, sendo que 16% são constituídas por uma única pessoa, note-se: a que está dependente no autocuidado.

Os cuidadores familiares (83,2% dos quais são mulheres e, predominantemente, filhas) - que apresentam níveis elevados de autoeficácia - asseguram, sobretudo, os cuidados que mais se aproximam das suas práticas quotidianas, descurando os que exigem competências mais diferenciadas e maiores capacidades cognitivas. Estes cuidadores familiares (9% dos quais com mais de 80 anos, numa realidade que poderia ser caracterizada como: velhos a cuidar de outros velhos dependentes no autocuidado) assumem a relação de cuidados e envolvem-se nela, apenas apetrechados com as competências que a experiência de vida lhe forneceu, numa atitude voluntarista que, em alguns casos,

se revela prejudicial para a condição de saúde do familiar. Os cuidadores familiares fazem o que sabem e podem, mas que é insuficiente para responder às reais necessidades em cuidados de saúde do familiar dependente.

A utilização dos equipamentos necessários à realização do autocuidado fica muito aquém do que seria apropriado. São notórios os sinais de que a assistência profissional na área da saúde não se afasta dos modelos curativos. Nestas circunstâncias, ao enfermeiro recorrem apenas pouco mais de metade das famílias que tomam o médico como recursos profissional.

Numa avaliação comparativa, entre Lisboa e Porto, ao nível dos cuidadores familiares, dos cuidados prestados e dos recursos utilizados na realização do autocuidado, não se identificaram diferenças particularmente relevantes.

O fenómeno da dependência apresenta-se em dois quadros que caracterizam outros tantos contextos de cuidados. Um que se organiza em torno do grau elevado de dependência da pessoa dependente. Outro estruturado a partir da ação do cuidador familiar centrada na promoção do autocuidado da pessoa dependente.

Quando a família não é capaz de cuidar dos seus membros dependentes no autocuidado, a institucionalização pode colocar-se como uma opção. No concelho do Porto, 6,4 % das famílias clássicas têm, pelo menos, um parente próximo dependente no autocuidado que está institucionalizado. Se dispusessem das condições necessárias (nomeadamente, de apoio de profissionais da saúde), 32,4 % integrariam estes parentes na família.

A manutenção no seio da família continua a ser a opção preferencial dos respetivos membros, constituindo a institucionalização uma solução de recurso de que as famílias se socorrem na ausência de apoios, sobretudo das equipas da saúde, mas também da própria família.

Uma maior profissionalização dos cuidados à pessoa dependente mas, também, ao cuidador familiar, poderia contribuir para preservar a independência no autocuidado, facilitando, em simultâneo, a transição saudável para o papel de cuidador. Deste modo, poderia viabilizar-se a permanência no seio da família de muitas das pessoas dependentes que, apesar de a desejarem, não têm condições para a concretizar.



## Contributos dos ensinos clínicos para a qualidade dos cuidados de saúde

Olivério Ribeiro (24)

O Ensino Clínico de Enfermagem, processo fundamental do ensino/aprendizagem dos estudantes, é a vertente da formação ministrada nos hospitais sob responsabilidade dos docentes e colaboração de outros enfermeiros qualificados, dotando-os de competências técnico-científicas essenciais ao seu desenvolvimento profissional (Diretiva 2005/36/CE, de 7 de Setembro). Contudo, muitos são os problemas levantados às escolas relativamente à concretização dos ensinos clínicos, pelo que importava ver clarificados os seus contributos para ambas as instituições e para a qualidade de cuidados.

Se pensarmos que o “Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem de 2008-2012” emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2008), referia um conjunto de situações problemáticas, tais como as dificuldades de acompanhamento dos docentes, o elevado ratio orientador/estudante e número de estudantes por período de trabalho, as dificuldades de formação dos orientadores envolvidos no ensino clínico e a necessidade de realização de experiências clínicas distantes da zona de influência da escola e, por outro lado, sabendo nós que a nível hospitalar, a sua transformação em entidades empresariais condicionou a sua gestão em termos funcionais e financeiros, visando a máxima eficácia e eficiência, percebemos quão problemático é o processo de colaboração entre instituições.

A maioria dos estudos sobre os ensinos clínicos, incidem sobre a dicotomia entre a formação adquirida nas escolas e a realidade da prática profissional, sobre o papel do docente e do enfermeiro nos ensinos clínicos e sobre a adoção de modelos de supervisão/orientação dos estudantes (Espadilha 1997; Franco 2000).

A nível hospitalar, e sob o ponto de vista administrativo, a colaboração interinstitucional é vista como “cordial”, envolvendo a componente pedagógica, os recursos materiais, físicos e humanos, sendo estes percecionados como custos para os profissionais e hospitais (Franco, 2000).

No sentido de tentar esclarecer a existência de tais contributos, através da análise de três indicadores (estrutura, processo e resultados), procurou-se dar respostas às questões problemáticas associadas aos ensinos clínicos, as quais visavam saber se a presença de estudantes de enfermagem aumentava os custos hospitalares relativos ao consumo de materiais associados aos cuidados de enfermagem, se diminuía o tempo de permanência dos enfermeiros junto dos doentes e se diminuía o grau de satisfação do cidadão, face aos cuidados que lhe eram prestados, influenciados pela presença de estudantes em ensino clínico nos meses de janeiro, maio, junho julho, novembro e dezembro, quando comparados com os meses de ausência dos estudantes, fevereiro, março, abril, agosto, setembro e outubro.

Assim, as unidades amostrais foram constituídas por um corpo documental que integrou 26 artigos associados aos cuidados de enfermagem para o 1º estudo, 159 observações, realizadas entre 15 de Abril e 5 de Setembro, no turno da manhã para o estudo do tempo de prestação de cuidados prestados pelos enfermeiros e por uma amostra de 115 doentes correspondendo a 9.7% de um total de 1.284 doentes.

Como resultados, os 26 artigos em análise, num total de 3.259.687 produtos consumidos, foram contabilizados e distribuídos segundo a análise ABC, ou **Management by Exception**, verificando-se que os produtos consumidos aportaram o custo de 178.678€, correspondendo a parcela relativa à presença dos estudantes o valor de 90.623€ (50,72%), e na sua ausência, de 88.054€ (49,28%), sendo o valor estatístico da diferença de médias não significativo ( $t=0,480$ ;  $p=0,633$ ). Tendo em consideração a presença de 96 estudantes e face ao acréscimo de 2.568 euros, no global, os Ensinos Clínicos importaram na quantia de 31,71€/dia, ou seja, a um custo estudante/dia de 33 cêntimos.

Relativamente ao **Tempo de Prestação Direta de Cuidados de Enfermagem aos Doentes**, foram selecionadas as enfermarias pelo Sistema de Classificação de Doentes implementado nos serviços, cuja média se situou nas 5h e 30m, sendo 51% totalmente dependentes, 16% parcialmente dependentes e 33% independentes. As 159 observações efetuadas incluem 64 sem a presença de estudantes (32 antes

da realização dos estágios e 32 após a realização dos mesmos), e 95 observações com estudantes, realizadas em coorte no início, meio e fim dos ensinamentos clínicos.

Comparando os resultados, verificou-se que, **sem estudantes** a média foi de 38 minutos e com a sua presença de 27 minutos, com diferença estatística significativa ( $t=3,109$ ;  $p=0,002$ ), reduzindo o tempo médio de prestação de cuidados diretos aos doentes em cerca de 11 minutos.

Verificamos assim que os enfermeiros sem estudantes alocaram mais tempo para a avaliação dos parâmetros vitais, cuidados de higiene e conforto, soroterapia, cateterismo venoso periférico, alimentação/hidratação, oxigenoterapia e nebulizações, com diferenças estatísticas significativas.

Feito o levantamento das remunerações base dos enfermeiros por serviço, o custo médio/hora no global foi de 8,15€ (0,136€ minuto). Perante a redução do tempo de cuidados dos enfermeiros em média de 11 minutos e tendo como base a distribuição dos estudantes por 4 enfermarias/unidade, correspondendo a 16 doentes, podemos constatar uma prestação de «serviço gratuito» em média de 24,87€/dia.

Comparando os resultados da dimensão opinião para avaliação da satisfação do cidadão, utilizando a **Escala de Avaliação da Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem**, validada para a população portuguesa por Rodrigues e Dias (2003), verificamos que no global, o score médio da satisfação do cidadão foi de 80.58 para os enfermeiros e de 83.78 para os estudantes, sendo a diferença de médias estatisticamente significativa ( $t=-4,511$ ;  $p=0,000$ ). Em prol dos estudantes sobressai o domínio de competências interpessoais, salientando-se as aptidões sociais, as aptidões relacionais e humanas onde se inclui a disponibilidade de tempo manifestada para estar junto do cidadão, a empatia, a relação de ajuda e a preocupação com a satisfação das suas necessidades, concluindo-se que os estudantes em ensino clínico são uma mais-valia organizacional, reforçando positivamente o seu contributo para a satisfação do cidadão e melhoria da qualidade de cuidados.

Como conclusão, podemos referir que, apesar do aumento de gastos em materiais com a presença de estudantes em ensino clínico, estatisticamente, ressalvo, estatisticamente, não ficou provada a relação causa efeito.

Temos como contributos positivos, o facto da presença de estudantes em EC disponibilizarem tempo aos enfermeiros para a prestação de outros cuidados e reforçar a satisfação do cidadão face aos cuidados prestados, refletindo-se essas mais-valias na qualidade de cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

### **Referências Bibliográficas**

1. Espadinha, A. & Reis, M. (1997). A colaboração escolas/serviços. *Nursing*. 114 (10) 31-34.
2. Franco, J.J.S. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspetivas de atuação. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. 1, 32-50.
3. Ordem Enfermeiros (2008). Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
4. Ribeiro, O. (2015). Custos e benefícios do ensino clínico em enfermagem para as instituições hospitalares. Tese Doutoral, apresentado no ICS, UCP-Porto. Defendida em 24 de Abril de 2015.
5. Rodrigues, M. J. B. & Dias, M. L. (2003). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem: desenvolvimento de uma escala e resultados obtidos numa amostra dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira. Funchal: Escola Superior de Enfermagem – Universidade da Madeira, Centro Hospitalar do Funchal.

## Iniciación científica en le grado de Enfermería: el caso de la UCV

Pedro Navarro (46)

#EnferTFGUCV

Después de 40 años de The Lalond Report (1) seguimos sumidos en estrategias que dificultan mejorar la influencia de los sistemas sanitarios en la salud de las personas. El Insituto Nacional de Estadística contabilizó en España durante el año 2013 un total de 266.495 enfermeras (2), y los datos de la Orden dos Enfermeiros determina 66.452 (3) enfermeras activas en Portugal durante el 2014. Del mismo modo ocurre en el resto de países de la OCDE, es el colectivo sanitario más numeroso y constituye parte fundamental de la estructura sanitaria de cada país.

Por su ubicuidad y responsabilidades, el papel de los profesionales de enfermería es esencial en este escenario, de modo que es imprescindible que su aportación colabore con efectividad en las nuevas estrategias que permitan mejorar esta influencia. Pero la única forma de que la acción enfermera apoye las nuevas formas de atención sanitaria es basándola en la evidencia, consiguiendo así que toda su aportación se sustente en pruebas que garanticen su eficacia, su eficiencia y su efectividad.

Sin embargo, tanto en Portugal como en España, la producción científica de los profesionales de enfermería es exigua frente al del resto de colectivos. Aunque en los últimos años se ha doblado en Portugal, en 2013 ésta sólo alcanzaba el 0,53% de la producción científica portuguesa, y no se superaba el 1,14% en la española (4) (5). Esto da a entender que el colectivo de profesionales de enfermería no está orientando su labor adecuadamente.

Habrà quien piense para justificar esta situación, que si enfermería no orienta su praxis con la investigación propia es porque recurre a consumir la de los otros colectivos profesionales. Pero hay que poner en duda si realmente la profesión ha decidido renunciar a investigar por poder consumir una investigación de mayor calidad proveniente de otros profesionales, ignorando el campo de conocimiento propio, o simplemente no está preparada para acometer la investigación profesional desde el corpus doctrinal enfermero.

Lamentablemente, una profesión que no investiga no goza a futuro de mejoras en el desempeño profesional, ni logra aumentar el nivel de calidad de sus procesos, ni tampoco consigue alcanzar el "respeto de iguales" del resto de profesionales del equipo multidisciplinar. En definitiva, no hace que progrese la profesión. Por consiguiente, que haya profesionales de la enfermería que estén dispuestos a invertir su tiempo en aumentar, mejorar y promocionar la investigación, va a establecer un escenario muy diferenciado en el panorama actual de la profesión. Se crea un cisma en el que aparecen dos partes distinguidas por la incorporación de las competencias de investigación en una de ellas y su ausencia en la otra. La segunda goza de la experiencia pero ralentiza su velocidad quedándose estancada, y la primera no deja de aumentar su aceleración y deja cada vez más atrás a la última.

El nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) plantea un escenario de convergencia en el que estas diferencias se van a hacer más patentes. Los profesionales de enfermería no sólo tendrán que compararse con sus colegas nacionales sino que además van a convivir con sus homólogos de otros países miembros. Ejemplo de ellos son los miles de profesionales portugueses y españoles que desempeñan sus tareas profesionales en países del norte Europa como Reino Unido, Noruega, Bélgica o Finlandia. Además, el EEES ha requerido modificaciones en los planes de estudio de las titulaciones de enfermería de los países que lo integran. El caso de España es paradigmático. Con su adaptación al EEES se pusieron en marcha una serie de normas que cambiaron el escenario académico de las Escuelas de Enfermería (6) (7), cambiando la extensión de los estudios de grado a 4 años en vez de los 3 que tenían las antiguas diplomaturas en enfermería.

Estos cambios han propiciado una coyuntura ideal para la introducción de cambios en la formación de los profesionales de enfermería. Si bien las rigideces de los planes anteriores que ponían techo académico a las enfermeras, el nuevo grado abre la posibilidad de incorporar a las enfermeras egresadas

a los programas de Máster Universitario y posterior Doctorado. Este hecho supone un elemento disruptivo en la formación y capacitación enfermera, pero necesita de la incorporación de nuevas competencias en el periodo de pregraduación. Sin ellas, los profesionales egresados necesitan de ayudas formativas para poder abordar los programas de formación universitarios de Máster y Doctorado. Así, los responsables de los planes de estudios de las escuelas y facultades de enfermería tienen una tarea capital en la construcción de esta nueva enfermería, que sin estos cambios necesarios se aleja de aquella que va a seguir asentándose en la experiencia, obviando la praxis basada en la evidencia.

En la Facultad de Enfermería “Ntra. Sra. de los Desamparados” de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, se han producido estos cambios, pero además de lograr el cumplimiento de las nuevas normativas se ha hecho un especial hincapié en la inclusión de la competencia en investigación para todos los estudiantes en su periodo de formación. Según el RD 1393/2007 (6) todos los estudiantes deberán realizar un Trabajo Fin de Grado (TFG) en su último curso, enclavado en una asignatura con el mismo nombre. En esta asignatura se evalúa la adquisición de muchas de las competencias que se han tenido que ir adquiriendo en la titulación y que deben ser expresadas en un trabajo que las integre y evidencie. De ese modo, apareció la oportunidad de pedirle a los alumnos que invirtieran sus esfuerzos en la realización de un estudio de investigación, cuyo soporte podía ser el TFG. Este programa fue denominado #EnferTFGUCV.

El poco tiempo (solo un curso), las dificultades en la organización para conseguir implementar la planificación anual individual de los proyectos, la necesidad de incluir una evaluación pública mediante tribunal para todos ellos, los diferentes perfiles de los alumnos, así como otras complicaciones de menor calado, suponen un riesgo para la integración de estudios de investigación en el TFG. Sobre todo porque aunque los orientadores hagan un esfuerzo para alcanzar buenos niveles de calidad en ellos, no es fácil conseguir resultados que puedan causar impacto por sí mismos en la comunidad científica. Por esta razón planteamos que las investigaciones realizadas en cada TFG puedan formar parte de proyectos superiores, con objetivos superiores y con resultados superiores. Así, cada trabajo individual supone una herramienta de evaluación de la asignatura TFG, pero además colabora en el desarrollo de un estudio con suficiente entidad para causar impacto científico.

Para seguir produciendo sinergias, el programa #EnferTFGUCV se lanza a los diferentes centros clínicos donde los estudiantes realizan sus prácticas externas, incorporando a los profesionales sanitarios como orientadores de los TFG, no solo con el fin de conseguir colaboradores, sino porque el éxito del TFG se basa en que es parte de un proyecto más extenso, y cuya dirección ostenta un profesional interesado en el éxito de su consecución. Y aunque no es fácil encontrar orientadores capacitados metodológicamente, o motivados para aumentar sus cargas de trabajo, el apoyo de la universidad a nivel de recursos y soporte se vuelve imprescindible en la construcción de esta red de profesionales clínicos que se suman al programa. De este modo se produce, a través del programa, una mayor vinculación hospital-universidad. Esta relación entre ambas instituciones es fundamental para que la universidad pueda ayudar a los profesionales del hospital a mejorar su práctica clínica con los avances de la investigación, y que el hospital pueda hacerlo a los profesores de la universidad a mejorar su docencia con los avances de la práctica clínica.

Uno de los factores más relevantes para conseguir que los TFG sean útiles en estudios de investigación más robustos, es la cuestión organizativa y en qué modo se integran en los mismos evitando que pierdan su estructura de TFG y por tanto su utilidad docente. Si bien la forma de incorporarse en su ulterior estudio depende de cada investigador principal, el perfil y la actitud del alumno resultará crucial en el resultado del trabajo.

Los resultados de este programa, provenientes de las primeras ediciones a modo de pilotaje, arrojan cifras esperanzadoras. Los tutores de los trabajos se ven animados por los frutos de los cursos anteriores, estimulados por la competitividad de sus propios compañeros y orientados en las siguientes ediciones para plantear proyectos de investigación que encajen en la dinámica del programa. De la primera edición se pueden destacar a principios de marzo de 2015 un total de: 18 publicaciones en revistas, 4 premios nacionales, un capítulo de libro, 21 comunicaciones libres en congresos y jornadas nacionales e internacionales y 24 pósters presentados. Teniendo en cuenta que estos resultados corresponden a trabajos realizados por estudiantes pregraduados, se hace patente que bien orientados, los esfuerzos de profesores y enfermeros pueden mejorar la presencia y el impacto de la producción científica del colectivo. Por tanto, el papel de las escuelas y facultades de enfermería resulta principal en una coyuntura donde se propicia un cambio en la profesión.

Esperando que las personas con cargos de responsabilidad en los centros de formación universitaria en enfermería, sean conscientes de la importancia de su compromiso en este cambio de la profesión, hay que animar a todas las enfermeras a sumarse a este cambio profesional. La nueva enfermería de mañana depende hoy de todos los que la formamos.

#### Bibliografía

1. Lalonde M. The Lalonde Report: A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services; 1974.
2. Insituto Nacional de Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Madrid: Insituto Nacional de Estadística, Notas de Prensa; 2014.
3. Orden dos Enfermeiros. Datos Estadísticos 31-12-2014. [Online].; 2014 [cited 2015 may 18. Available from: [http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica\\_V01\\_2014.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf).
4. SCImago Journal & Country Rank. Country Search: Portugal. [Online].; 2014 [cited 2015 may 14. Available from: <http://www.scimagojr.com/countrysearch.php?area=0&country=PT&w=>.
5. SCImago Journal & Country Rank. Country Search: Spain. [Online].; 2015 [cited 2015 may 14. Available from: <http://www.scimagojr.com/countrysearch.php?country=ES>.
6. Gobierno de España. REAL DECRETO 1393/2007, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.. 2007 octubre 29..
7. Gobierno de España. REAL DECRETO 861/2010, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. 2010 julio 2.

## Desafios à investigação histórica em Enfermagem

Augusta Sousa (5)

### 1. Introdução

### 2. Da trajetória recente da profissão aos desafios da investigação histórica em enfermagem

I – A construção de um futuro a 30 anos (consagrado no 1º congresso 1973)  
um só nível de formação e uma só carreira (1974 – 1981)  
o ensino de enfermagem no ensino superior (1988)  
o estatuto profissional e a auto-regulação (Ordem dos Enfermeiros) (1996-1998)

II – Os caminhos da auto-regulação e da investigação (doutoramentos) vs os contextos da prática clínica e da formação

III – Que desafios: identificar na trajetória histórica que continuidades, que ruturas, que transformações e os factores internos e externos que os determinaram  
na formação e seus modelos  
na clínica e na organização de cuidados  
na gestão e nas organizações de saúde  
na regulação profissional e na relação com as outras profissões  
na visibilidade/reconhecimento público e na intervenção política

### 3. Conclusão



## Literacia em Saúde Mental sobre depressão em adolescentes: estudo de construção e validação de um instrumento de medida (MentaHLiS-Depressão)

Amorim Gabriel Santos Rosa (20)\*; Luís Manuel de Jesus Loureiro (20); Carlos Alberto da Cruz Sequeira (21)

\* [amorim@esenfc.pt](mailto:amorim@esenfc.pt)

**Introdução:** Os pilares da saúde mental fundam-se nos primeiros anos de vida. As estimativas mais recentes apontam para que cerca de 20% das crianças e adolescentes sejam afetados por problemas de saúde mental com expressão antes dos 18 anos de idade e que destes, cerca de metade acabe por desenvolver uma perturbação mental com reflexo na idade adulta, implicando diminuição da qualidade de vida e aumento do consumo de cuidados. Na maioria destas situações os adolescentes não recebem a ajuda adequada, ou recebem-na com muito atraso(1).

Cuidar de adolescentes com problemas de saúde mental assume características particulares. As transições relacionadas com o desenvolvimento têm um papel determinante nesta fase, onde experiências particularmente desestabilizadoras poderão determinar sofrimento psicológico e o surgimento de perturbações psiquiátricas cujo agudizar se deve, entre outros fatores, a estereótipos que conduzem à ausência de comportamentos de procura de ajuda profissional(2). O baixo nível de Literacia em Saúde Mental (LSM) é um fator determinante para a ausência destes comportamentos, afetando o desenvolvimento psicossocial e educacional, contribuindo para o aumento do risco de recorrência das perturbações(3). Assim, a promoção da LSM é um pré-requisito para o reconhecimento precoce e intervenção atempada nas perturbações mentais(4).

A avaliação da LSM nos adolescentes é, pois, um aspeto fundamental para a conceção e implementação de programas de educação e sensibilização para a saúde mental, especificamente no contexto escolar, dado a elevada prevalência de perturbações mentais em adolescentes e a necessidade de intervenções ajustadas aos contextos e públicos-alvo.

**Objetivos:** Desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (MentaHLiS - Depressão)

**Metodologia:** Estudo do tipo multinível, desenvolvido em quatro fases. Foram utilizadas metodologias qualitativas (focus group, painéis de peritos) para o desenvolvimento do instrumento e metodologias quantitativas para avaliação das suas propriedades psicométricas. Incluiu as seguintes fases: construção e validação de uma vinheta clínica; exploração das conceções de doença mental e opções individuais em termos de estratégias de procura e oferta de ajuda; construção do instrumento; avaliação das propriedades psicométricas. Participaram neste estudo 251 adolescentes entre os 10 e os 18 anos, sendo a amostra selecionada aleatoriamente em escolas do 2º e 3º ciclo e secundárias do distrito de Coimbra.

Efetou-se a análise fatorial exploratória dos itens para verificar a validade da escala e a análise de consistência interna através do cálculo do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, para verificar a sua fidelidade.

**Resultados:** A MentaHLiS - Depressão, na sua versão final, é composta por cinco subescalas: 'reconhecimento da perturbação' (3 fatores); 'recursos e opções de ajuda' (2 fatores); 'procura de ajuda, barreiras e facilitadores percebidos' (3 Fatores); 'crenças e intenções para prestar a primeira ajuda' (2 fatores) e 'crenças sobre comportamentos salutogénicos' (3 fatores). Todas as subescalas apresentam índices de fiabilidade aceitáveis, variando entre .718 e .811, e uma estrutura fatorial que é consistente com o construto teórico e com as componentes da LSM.

**Conclusões:** A MentaHLiS - Depressão é um instrumento fiável e específico para avaliar a LSM em adolescentes, podendo ser utilizado como medida de rastreio da literacia, bem como em estudos longitudinais, como medida de avaliação do impacto das intervenções de enfermagem no domínio da promoção da saúde mental dos adolescentes, podendo ser um instrumento importante para melhorar o conhecimento sobre as questões da saúde mental relacionadas com a depressão, e contribuir positivamente para a redução do estigma, a procura de ajuda profissional, e para o aumento do número de adolescentes a receber tratamento no futuro.

### Referências:

- (1) Kelly, Clare, Jorm, Anthony, Right, Annemarie. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177: 396-401, 2007.
- (2) Loureiro, Luís, Mateus, Sandra, Mendes, Maria. Literacia em Saúde Mental: conceitos e estratégias para a promoção da saúde mental de adolescentes em contexto escolar. *Revista Enfermagem Referência*, II Série, 10(Suplemento): 115, Novembro 2009.
- (3) Rosa, Amorim, Loureiro, Luís, Sousa, Catarina. Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014, pp.77-91
- (4) Scott, Lydia, Chur-Hansen Anna. The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16(5): 359-362, 2008

*Palavras-chave:* Construção de escala; Literacia em saúde; Saúde Mental; Adolescentes; Depressão



## Sensibilidade moral dos enfermeiros: uma revisão da literatura

Carlise Rigon Dalla Nora (26, 56)\*; Rafaela Schaefer (26)

\* *carliserdn@gmail.com*

**Introdução:** A sensibilidade moral é definida como a compreensão contextual e intuitiva da situação de vulnerabilidade de um paciente com discernimento sobre as consequências éticas das decisões tomadas em nome deste(4). Esse estudo aborda o tema da sensibilidade moral, um requisito fundamental para compreender a capacidade do enfermeiro reconhecer, interpretar e responder de forma apropriada os problemas éticos na relação com o paciente, percebendo o potencial de influencia de suas ações sobre o bem-estar do paciente.

**Objetivo:** Analisar os fatores que influenciam a sensibilidade moral dos enfermeiros nos serviços de saúde, a partir de publicações sobre a temática.

**Metodologia:** Realizou-se uma revisão da literatura pela Scoping review<sup>2</sup> entre os meses de novembro e dezembro de 2014, nas bases: SciELO, CINAHL, LILACS, IBECs, BDNF e MEDLINE. Incluíram-se artigos de pesquisa original e estudos teóricos, publicados em português, espanhol e inglês, enfocando estudantes de enfermagem e equipes de saúde que incluíssem enfermeiros.

**Resultados:** Foram identificadas 768 publicações sobre o tema, das quais 25 foram selecionadas para integrar a amostra, sendo 16 estudos originais e 9 estudos teóricos, publicados entre 2000 e 2014. Na análise resultaram duas categorias: os fatores individuais da sensibilidade moral com elementos relacionados ao ensino, características pessoais e as práticas dos enfermeiros e os fatores externos com o clima ético das instituições, demanda de trabalho, falta de tempo, apoio, normas, regras e códigos.

**Conclusões:** A sensibilidade moral dos enfermeiros parece ter uma natureza multidimensional e esta precisa ser complementada com uma preparação para identificar e lidar de uma forma justificável e prudente com os problemas éticos que ocorrem na prática. A responsabilidade moral dos enfermeiros é muitas vezes maior do que a sua responsabilidade técnica e, portanto, espera-se que estes estejam sensíveis aos problemas éticos que ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde. A educação ética permanente permite promover a sensibilidade moral dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Conclui-se que os resultados dessa revisão são úteis para futuras pesquisa nessa área, para a prática e para a formação dos enfermeiros. Os enfermeiros precisam desenvolver a sensibilidade moral para enfrentar os problemas éticos e tomar decisões de forma prudente, contribuindo assim, para melhoria da qualidade da atenção à saúde.

### Referências:

- (1) Lützn K, Evertzon M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics*. 1997; 4(6):472-82.
- (2) Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*. 2005; 8(1):19-32.

*Palavras-chave:* Desenvolvimento moral; Ética em enfermagem; Bioética; Moral; Sensibilidade moral

## As dificuldades na alimentação da criança com paralisia cerebral

Joana Marques (6, 26)\*; Luís Sá (51, 5)

\*joana\_mmarques@hotmail.com

**Introdução:** A PC (Paralisia Cerebral) é a deficiência motora mais frequente na infância. A criança com PC apresenta frequentemente uma situação clínica complexa e heterogénea, de difícil caracterização e que exige avaliação e acompanhamento constantes. Devido à sua heterogeneidade e complexa interrelação entre os factores envolvidos, é uma das patologias que coloca mais desafios às crianças e às suas famílias, aos técnicos, serviços de saúde, de educação e de acção social (Andrada et al, 2012).

Os défices na alimentação e no crescimento são comuns na criança com PC. Este facto pode ter um sério impacto na sua saúde, tornando-se fundamental compreender a etiologia do atraso do crescimento nestas crianças, promovendo assim uma intervenção precoce. Sendo a desnutrição uma das causas do baixo peso e da baixa estatura, é emergente investigar estas áreas, de forma a promover a qualidade de vida destas crianças/famílias e minimizar as sequelas de uma má alimentação (Kuperminc & Stevenson, 2008).

As relações estabelecidas entre dados antropométricos e variáveis motoras, cognitivas, de alimentação, sócio-económicas, podem ser consideradas como ferramentas de rastreio, e portanto muito úteis num protocolo que permita identificar precocemente o risco de desnutrição e estabelecer a oportunidade de intervenção do Enfermeiro, na implementação de estratégias de prevenção e recuperação do estado nutricional e funcional destas crianças.

O presente estudo, aprofunda a relação entre o défice estatura-ponderal das crianças com PC e os factores associados à sua alimentação.

**Objectivos:** Conhecer o peso, comprimento e Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças com PC do distrito de Lisboa, seguidas no Centro de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian (CPCCG) e no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA);

- Conhecer a relação entre o défice estatura-ponderal e as dificuldades na alimentação da criança com PC.

**Metodologia:** A 104 crianças foi avaliado o peso, comprimento, IMC e os dados referentes ao Questionário de Vigilância da Criança com PC da Sociedade Portuguesa de Pediatria. A amostra foi dividida em grupo controle (percentil>5) e grupo em estudo (percentil<5), comparando e relacionando-os com as variáveis: habilidade manual, desempenho na alimentação, autonomia alimentar, controlo da baba e presença de gastrostomia. Trata-se de um estudo comparativo. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, o teste de Mann-Whitney e o teste de independência do Qui-quadrado.

O projeto do trabalho foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e do CMRA e à Direção Clínica do CPACG. Os familiares deram o consentimento informado para participarem no estudo. Os dados foram colhidos e analisados mantendo a confidencialidade dos sujeitos que constituem a amostra.

**Resultados:** Relativamente ao peso, comprimento e IMC, cerca de 1/3 das crianças encontravam-se no percentil<5. Os resultados obtidos referentes ao Sistema de Classificação da Habilidade Manual dizem-nos que 14,4% (n = 15) das crianças apresentava a limitação máxima (nível 5), em que a criança não manipula os objectos e tem limitações graves na realização de qualquer actividade.

Na Classificação do Desempenho na Alimentação, verificou-se que 38,5% (n = 40) das crianças apresentava grandes dificuldades na alimentação, sendo que 17,3% eram totalmente dependentes, engasgavam-se frequentemente e tinham um tempo de alimentação > 1 hora.

Constatou-se que 5,8% (n = 6) das crianças tinha gastrostomia percutânea e 1,9% (n = 2) apresentava sonda nasogástrica. Relativamente à autonomia alimentar, foi possível verificar que 43% (n = 44) necessitava de ajuda para ser alimentado.

Das crianças em estudo, 21,2% (n = 22) babava-se frequentemente/sempre, sem qualquer esforço.

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre as crianças com défice estatura-ponderal (percentil < 5) e o controlo de baba, o desempenho na alimentação e a autonomia alimentar.

**Conclusão:** Mais de metade das crianças com PC apresentam um défice estatura-ponderal. As crianças que apresentam mais dificuldades e dependência na alimentação são as crianças que revelam maior défice estatura-ponderal. Consideramos importante uma avaliação por parte do Enfermeiro do crescimento e desenvolvimento destas crianças, assim como um acompanhamento, na actividade de vida diária, alimentação, de forma a identificar um atraso no crescimento e intervir o mais precocemente possível.

### Referências:

- (1) ANDRADA, Maria et al (2012). Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade. Crianças nascidas entre 2001 e 2003. Federação APPC. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe
- (2) KUPERMINC, Michelle & STEVENSON, Richard. (2008). Growth and nutrition disorders in children with cerebral palsy. Dev Disabil Res Rev. 14 (2). P. 137-146.

*Palavras-chave:* Paralisia cerebral; Défice estatura-ponderal; Alimentação; Enfermagem; Avaliação

## Desafios da prática profissional do enfermeiro no contexto de saúde brasileiro

Rafaela Schaefer (26, 5)\*; Carlise Rigon Dalla Nora (26, 5); Rosângela Barbiani (56)  
\*rafaelaschaefer1988@gmail.com

**Introdução:** O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que mantém um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. Essas características, suas dimensões continentais, transições demográficas e epidemiológicas e suas desigualdades regionais, trazem inúmeros desafios (1). Como estratégia de enfrentamento dessa realidade e de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica (AB) vem adquirindo reconhecimento e responsabilidades crescentes, sendo considerada a porta de entrada do sistema e a base articuladora e coordenadora das redes de atenção à saúde. Na gestão e/ou execução das práticas assistenciais, educativas e preventivas no nível da atenção básica, o papel do enfermeiro é estratégico e indispensável, sendo assegurada sua inserção nas equipes e territórios por meio dos marcos programáticos e legais do SUS (2).

**Objetivo:** Identificar e categorizar, no âmbito brasileiro, as práticas exercidas pelos enfermeiros junto às Unidades Básicas e às Equipes de Saúde da Família, à luz das atribuições previstas pelos marcos legais e programáticos da profissão e do SUS.

**Metodologia:** Estudo de revisão da literatura baseado no método da scoping review (3), que tem por objetivo mapear a literatura relevante e os conceitos fundamentais do campo de interesse, explorando a extensão, alcance e natureza da questão investigada. A pesquisa bibliográfica online foi realizada nas bases de dados: LILACS, IBECs, MEDLINE, SciELO, BDNF, CINAHL e através das ferramentas de busca EBSCO, BVS e Google Scholar. A recolha e análise dos dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2014.

**Resultados:** 27 estudos foram analisados. Foi possível identificar as práticas do enfermeiro, organizadas tematicamente em: práticas no serviço; práticas na comunidade; e práticas de gestão e formação. Quanto às pautas interventivas dos enfermeiros relatadas nos estudos, considerando as atribuições previstas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estão contempladas parcialmente à medida que predominaram aquelas específicas de assistência. Já as atribuições dos enfermeiros referentes a atenção à saúde nos demais espaços comunitários foram menos enunciadas. O trabalho do enfermeiro aparece mais atrelado ao fazer técnico e focado na atenção direta curativa, enquanto o que se esperaria no contexto dos cuidados primários seria um processo de trabalho orientado pelo cuidado integral. Por outro lado, a visita domiciliar, considerada como uma das principais atividades que permite aos enfermeiros estabelecer e fortalecer o vínculo com a comunidade na perspectiva da integralidade é uma das práticas mais citadas. As práticas educativas são promovidas através de ações programáticas para grupos específicos de acordo com o agravo, a faixa etária, ou o gênero, o que pouco colabora para o reconhecimento das necessidades singulares de cada usuário e da comunidade em geral, assim como também não auxilia no objetivo das práticas integrais. A categoria das práticas de gestão trouxe resultados que colocam o enfermeiro na posição administrativa do cuidado. As ações de gerência deveriam ser executadas em conjunto, mas os resultados evidenciam que o enfermeiro foi o único profissional da equipe de saúde a relatar atividades relacionadas ao gerenciamento em seu cotidiano, o que revela uma fragilidade nesse nível de atenção e uma ruptura com o cuidado. O cenário acima descrito revela, portanto, uma realidade desafiadora no sentido de superação da lógica do cuidado fragmentado e focalizado no indivíduo-paciente (4).

**Conclusão:** As evidências dessa revisão demonstram que apesar da atenção básica estar em fase de expansão, os desafios de implementação dos princípios que a regem são complexos, pois acenam para outro modelo assistencial, centrado nas necessidades de saúde da população, o que remete a ação para outros níveis de responsabilidade clínica e sanitária, no cuidado à saúde. Os desafios apontam para a contribuição da enfermagem na consolidação do modelo assistencial do SUS, o que pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e em profissionais para um processo centrado no usuário, onde a clínica ampliada seja o imperativo ético-político da organização dos serviços e da intervenção profissional.

### Referências:

- (1). MENDES, Eugênio V. As redes de Atenção à Saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. p. 549.
- (2). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 110.
- (3). LEVAC, Danielle, COLQUHOUN, Heather, O'BRIEN, Kelly. Scoping studies: advancing the methodology. Implementation Science. Sept 2010, vol. 5, nº 69, [9 telas].
- (4). BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.625 de 10 de julho de 2007. Altera as atribuições das Equipes de Saúde da Família – ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. 2007.

*Palavras-chave:* Atenção Básica; Práticas; Enfermagem; Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Atenção Básica

## Assistência em tempos difíceis: O terramoto de 1755

Amélia Ferreira (26, 45)\*; Alexandra Esteves (48)

\* *ameliadiasferreira@gmail.com*

**Introdução:** Se o efeito mais visível do terramoto do primeiro de novembro de 1755 foi a quase destruição da capital portuguesa, incontestável foi a dramática existência de milhares de vítimas e a dor que ocasionou. O sismo que devastou a capital do reino não escolheu género, nacionalidade, idade ou posição social. Todos foram atingidos em maior ou menor proporção. Os que conseguiram sobreviver deixaram relatos que nos ajudam a perceber o que se passou.

Ficaram conhecidas algumas das medidas tomadas pelas autoridades civis de Lisboa, sob a forma de Avisos, Portarias, Decretos e Ordens, contendo as principais providências para debelar e controlar os efeitos imediatos do cataclismo. O Rei convocou cirurgiões e enfermeiros para tratar os feridos que estivessem em casas de religiosos e noutros locais da cidade e determinou que para esse efeito usassem a botica do hospital. Solicitou ainda que aqueles profissionais, além do que era suposto levarem para tratar os ferimentos, também transportassem alimentos para distribuir pelas pessoas que deles necessitassem. Foram convocados todos os artífices para colaborarem na causa pública e urgente de dar sepultura aos mortos e preservar a saúde dos vivos, que se encontrava ameaçada pela corrupção dos corpos. Nos tempos que se seguiram ao terramoto do primeiro de novembro, Lisboa mobilizou-se para ajudar os sobreviventes e, mesmo sabendo que os riscos que corriam eram elevados, os que sobreviveram tentaram retirar os soterrados nos escombros.

**Objetivos:** Perceber como agiu o povo de Lisboa perante a catástrofe, procurando evidenciar a componente solidária com as vítimas do terramoto.

**Métodos:** Pesquisa documental em fontes manuscritas e impressas efetuada através de uma abordagem sistemática, por meio de recolha, organização e avaliação crítica de dados que têm relação com ocorrências do passado.

**Resultados:** Foram encontrados inúmeros registos de atos de solidariedade, realizados não só por pessoas do povo, mas também por fidalgos e nobres. Os que tinham casas no campo que não foram afetadas pela calamidade ofereceram sustento e habitação. Muitos nobres com palácios fora de Lisboa disponibilizaram os seus terrenos para que os mais necessitados os ocupassem; mesmo os considerados mais avarentos tiveram gestos de grande generosidade para com os necessitados. Dentre os nobres portugueses que ajudaram, conta-se D. João de Bragança, primo de D. José e irmão do Duque de Lafões, que, percorrendo a cidade durante vários dias, por entre os edifícios arruinados, ajudou nas operações de resgate e salvamento. Monsenhor Sampayo, Prelado da Igreja Patriarcal, fez o mesmo, acompanhado de algumas pessoas, durante várias semanas, tendo sepultado 240 cadáveres. Os homens de negócios, desembargadores e as mais distintas pessoas apoiavam os médicos e cirurgiões e ajudavam com medicamentos e alimentação. Os religiosos, por incumbência do Cardeal Patriarca de Lisboa, prestaram apoio espiritual e ao terceiro dia após o terramoto, depois de retirarem os corpos das ruínas, começaram a dar-lhes sepultura. Todas as congregações de religiosas abriram as suas portas para acolherem centenas de famílias.

**Conclusão:** A população respondeu positivamente aos apelos das autoridades para participar no socorro às vítimas. Estes atos consistiram, sobretudo, na assistência e no salvamento das vítimas, na prestação de serviços médicos e no transporte de vítimas, no apoio espiritual e na realização de serviços mortuários. A solidariedade nos tempos que se seguiram ao terramoto foi uma realidade. A rainha D. Mariana Vitória de Bourbon e as suas filhas, por exemplo, também colaboraram no auxílio aos doentes, cosendo roupa e desfiando panos, o que serviu de estímulo para muitas senhoras da corte, que viram nesta atitude da família real o mote para também se dedicarem a “tão piedoso exercício”.

### Referências:

- (1) CARDOSO, Arnaldo Pinto, O terrível terramoto da cidade que foi Lisboa-correspondência do Núncio Fillipo Acciaiuoli: Arquivos secretos do Vaticano. Lisboa: Alétheia. 2013.
- (2) LISBOA, Amador Patricio de, Memórias das Principaes Providencias que se derão no Terremoto que padeceo a Corte de Lisboa no anno de 1755. [S. l.]. 1758.
- (3) MENDONÇA, Joachim Joseph Moreira de, História universal dos terremotos, que tem havido no mundo, de que ha noticia, desde a sua criação até ao século presente. Lisboa: Offic. de Antonio Vicente da Silva. 1758.
- (4) RATTON, Jacome; CARVALHO, Joaquim Martins Teixeira de, Recordações sobre ocorrências do seu tempo de Maio de 1747 a Setembro de 1810. Coimbra: Imprensa da Universidade. 1920.
- (5) VIEGAS, Inês Morais; Loureiro, Sara (et al), Portugal Aflito e Conturbado pello terramoto do anno de 1755. Lisboa: Direção Municipal de Cultura, Divisão de Gestão de Arquivos. 2012

*Palavras-chave:* Solidariedade; Terramoto; Lisboa

## Os feridos no terramoto de Lisboa de 1755

Amélia Ferreira (26, 45)\*; Alexandra Esteves (48)

\* *ameliadiasferreira@gmail.com*

**Introdução:** Lisboa, aquando do terramoto de 1755, ficou entregue ao seu destino, pois nunca tinha sido previsto nem acautelado tudo o que uma calamidade do género pudesse trazer para a população. Uma catástrofe natural desta grandeza produz um grande impacto sobre a saúde de uma comunidade que pode ser imediato ou tardio, e as mudanças no estado de saúde podem ser atribuídas ao evento original ou resultar de acontecimentos que lhe sucedem. Mortes, lesões e outros traumatismos mais ou menos graves, resultantes de um desastre deste género, são muitas vezes causados pela destruição das infraestruturas existentes. Os doentes que escaparam à destruição do Hospital de Todos os Santos foram levados para enfermarias provisórias construídas no Rossio, nas casas de Dom Antão de Almada, nos celeiros do Conde de Castelo Melhor e no Mosteiro de São Bento da Saúde.

**Objetivos:** Quantificar e caracterizar as vítimas que deram entrada nos edifícios provisórios, construídos para acolher os feridos do terramoto.

**Métodos:** Abordagem sistemática por meio de recolha, organização e avaliação crítica de dados obtidos através da consulta de documentos originais, guardados no Arquivo Nacional da Torre do Tombo. Os documentos analisados pertencem ao Fundo do Hospital de São José, livros 1461 e 1479.

**Resultados:** No livro 1461, referente às entradas entre seis de novembro 1755 e doze de setembro 1756, estão registados 628 doentes, mas só foi possível analisar 150. Constam da lista de falecidos, que aparece no fim do mesmo, 57 nomes. Existem ainda entradas dos dias quatro e cinco de novembro, o que parece sugerir que o livro foi de facto iniciado a seis de novembro, sendo arrolados posteriormente doentes que foram admitidos em dias anteriores. Dos registos observados, sobressai o facto de alguns doentes transportarem consigo, para o hospital, colchões e roupa de cama o que pode indiciar a falta destes bens essenciais nos tempos mais próximos do terramoto. Dos 150 registos que se analisaram, 146 eram traumatizados, dois apresentavam como motivo de entrada erisipela, além de um “doudo” e um “desamparado”. Apenas um registo era referente a uma criança, que veio a falecer a quinze de novembro. Nove doentes deram entrada com o diagnóstico de “entrevada”, sendo que oito faleceram. O maior número de registos (28) refere-se a doentes com “pernas quebradas”, seguindo-se treze “com o corpo moído ou pisado”. Com a “cabeça ferida” estão anotadas seis entradas, embora existam outras mais com trauma na cabeça, mas que se encontram associadas também a outro tipo de ferimento, como, por exemplo, “toda a cabeça ferida” ou “cabeça e um braço partido”. Com traumatismos dos membros inferiores, registaram-se oitenta e seis, sendo que oitenta e um se referem a lesão “das pernas”. Quinze doentes deram entrada com traumatismo nos membros superiores. No livro 1479, referente a doentes que deram entrada nas enfermarias das instalações provisórias das Portas de Santo Antão e do Rocio, com início no dia do terramoto, os primeiros registos que se conseguem identificar referem-se a feridos, mas passados alguns dias, passam a ser mais frequentes os doentes com febres.

**Conclusão:** Da análise efetuada, podemos concluir que o tipo de vítimas encontradas se enquadra na tipologia existente nos grandes eventos cataclísmicos. Podemos ainda deduzir que grande parte destes doentes apresentava vários tipos de traumatismos em simultâneo, podendo ser chamados de politraumatizados, o que se adequa ao tipo de ocorrência que sofreram. Podemos ainda inferir dos registos, que o tipo de lesões apresentadas está de acordo com as inscrições recentes, segundo as quais a esmagadora maioria dos problemas de saúde relacionados com os sismos são as lesões dos tecidos moles e lesões ortopédicas, provocadas por quedas e/ou por elementos não-estruturais, como, por exemplo, móveis, enfeites e luminárias. O facto de nos primeiros dias os registos se referirem mais a feridos e nos seguintes mais a doentes com febres leva-nos a inferir que talvez estas sejam decorrentes de ferimentos não tratados e que evoluíram para infeções. Estes dados enquadram-se no que hoje sabemos sobre a cinemática do trauma.

### Referências:

- (1) ANTT, Hospital São José, livros 1479; 1480;1481.
- (2) BOURQUE, Linda B., (et al.), “Morbidity and Mortality Associated with Disasters” in DYNES, Russell R., The Lisbon Earthquake In 1755: Contested Meanings In The First Modern Disaster. Wilmington: University of Delaware Disaster Research Center, 2003, pp. 97-112.
- (3) CUNHA, Jorge, “Cinemática do Trauma” in NUNES, Fernando Manuel; MARTINS, António Gabriel (coord.), Manual de Trauma para apoio ao Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros, 5ª edição. Loures: Lusociência, 2009, pp.7-13.
- (4) TERRA, António, “Trauma das Extremidades”, in NUNES, Fernando Manuel; MARTINS, António Gabriel (coord.), Manual de Trauma para apoio ao Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros, 5ª edição. Loures: Lusociência, 2009, pp. 93-100.

*Palavras-chave:* Feridos; Terramoto; Lisboa

## Fatores que influenciam a evolução da (in)dependência no autocuidado após a alta hospitalar

Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel (16, 21)\*; Filipe Miguel Soares Pereira (21); Inês Maria Cruz Sousa (21)  
\* [eloisa107@hotmail.com](mailto:eloisa107@hotmail.com)

**Introdução:** A maioria dos eventos geradores de dependência no autocuidado determina a necessidade de um internamento hospitalar. Em alguns casos, as altas hospitalares acabam por ser de certa forma precoces, o que faz com que as pessoas com dependência no autocuidado regressem a casa ainda com níveis consideráveis de dependência nos vários domínios do autocuidado. Sendo o autocuidado um dos principais focos de atenção dos enfermeiros, a transição com vista à reconstrução da autonomia apresenta-se extremamente importante para a disciplina de enfermagem. Acresce que, planejar a mudança na vida da pessoa para a capacitar a reconstruir a sua autonomia no autocuidado, requer que se conheçam os fatores que influenciam a evolução da (in)dependência.

**Objetivo:** Com este estudo pretendeu-se, numa amostra de clientes com dependência no autocuidado, avaliar de que forma evoluiu a dependência nos três meses subsequentes à alta e explorar as associações entre os fatores com potencial de influenciar a reconstrução da autonomia no autocuidado e a evolução da (in)dependência.

**Metodologia:** A investigação foi desenvolvida num serviço de Medicina de um hospital do Norte do país. Foi realizado um estudo de perfil quantitativo, descritivo e longitudinal, com uma amostra não probabilística de conveniência composta por 60 clientes com dependência no autocuidado. Para avaliar a dependência no autocuidado no autocuidado, utilizou-se o Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado (Duque, 2009). A maioria dos participantes era do sexo feminino (52%), casada (55%), reformada (90%) e com uma média de idades de 72 anos.

**Resultados:** Os resultados revelam que no momento da alta, os clientes tinham um nível global de dependência bastante acentuado (M=1,7 numa escala de 1 a 4). Decorridos os três meses após a alta verificou-se uma evolução favorável (M=2,76), sendo a média das diferenças de 1,06. A evolução foi em média, maior nos autocuidados tomar banho, vestir-se ou despir-se, cuidar da higiene pessoal, auto-elevar e usar o sanitário, o que pode estar relacionado com a aquisição de uma maior capacidade funcional.

A comparação entre os dois momentos, mostra que no decurso dos três meses 78,6% dos clientes melhoraram o seu nível de dependência no autocuidado, 14,3% mantiveram o mesmo nível de dependência e apenas 7,1% pioraram o nível de dependência face ao momento da alta.

A exploração das associações revela a existência de resultados com significado estatístico entre alguns fatores com potencial de influenciar a reconstrução da autonomia no autocuidado e a evolução da (in)dependência no autocuidado. Assim, os clientes cujo evento que desencadeou a dependência foi uma doença aguda e os que tinham mais equilíbrio corporal na alta foram os que evoluíram mais. Também se verificou que os clientes que eram mais envolvidos no seu processo de transição; os que revelaram maior capacidade para tomar decisões, quer de forma autónoma, quer apoiadas em pessoas que lhe fossem significativas; os que tinham menores níveis de preocupação com o apoio; os que tinham mais perceção que os seus comportamentos influenciam a sua saúde; os que tinham maior acessibilidade aos serviços e os que tinham uma atitude positiva face ao plano terapêutico foram os que evoluíram mais em termos de recuperação da autonomia. Acresce que os dependentes que eram cuidados por um prestador de cuidados sem experiência e cujo perfil de prestação era mais promotor de autonomia, alcançaram uma melhor evolução da sua (in)dependência. No que se refere ao percurso assistencial ao longo dos três meses, os clientes que procuraram mais informação sobre o seu processo de recuperação foram os que se tornaram mais independentes.

**Conclusão:** Com este estudo concluiu-se que três meses após a alta a maioria dos casos melhorou ao nível da (in)dependência no autocuidado. O percurso da reconstrução da autonomia é influenciado por diversos fatores, que podem ser intrínsecos ou extrínsecos à pessoa. Os fatores que mais influenciaram a evolução da dependência no autocuidado inscrevem-se naquilo que Meleis e colaboradoras (2000) definem como condicionalismos da transição. Importa que cada vez mais que tais condições sejam consideradas aquando da implementação de terapêuticas de enfermagem, como recurso para a obtenção de ganhos em saúde.

### Referências:

- (1) BRITO, Alice. A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado – uma teoria explicativa. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Doutoramento.
- (2) DUQUE, Hernâni. O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Dissertação de Mestrado.
- (3) MELEIS, Afaf et al. - Experiencing Transitions: An Emerging Middle –Range Theory. *Advance in Nursing Science*. (2000), p.12-28.

*Palavras-chave:* Autocuidado; Dependência; Transição; Reconstrução da autonomia; (In) dependência

## Juízo clínico produzido pelo enfermeiro, acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado numa amostra de clientes dependentes

Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel (16, 21)\*; Filipe Miguel Soares Pereira (21); Inês Maria Cruz Sousa (21)  
\* [eloisa107@hotmail.com](mailto:eloisa107@hotmail.com)

**Introdução:** A sociedade está cada vez mais direcionada para a qualidade de vida e bem-estar. Porém, o aumento da esperança média de vida associado ao envelhecimento e às doenças crónicas e incapacitantes torna evidente que, no futuro, mais pessoas se irão debater com situações de dependência no autocuidado. Perante um evento gerador de dependência que leva à perda de autonomia, a pessoa depara-se com uma mudança que a desafia a uma experiência de transição para alcançar um novo ponto de equilíbrio. Sendo o autocuidado um conceito central para a enfermagem, a transição com vista à reconstrução da autonomia, assume extrema relevância no seio da profissão.

**Objetivo:** Com este estudo, pretendeu-se caracterizar a dependência no autocuidado na alta, avaliar a forma como evoluiu a dependência no autocuidado três meses após a alta e comparar a forma como evoluiu a dependência durante esse período com o juízo clínico do enfermeiro (produzido na alta) acerca do potencial de reconstrução da autonomia, numa amostra de pessoas com dependência no autocuidado.

**Metodologia:** A investigação foi desenvolvida num serviço de Medicina de um hospital do norte do país. Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo e de perfil quantitativo, com uma amostra de conveniência constituída por 60 pessoas com dependência no autocuidado. Os critérios de inclusão para a amostra foram: clientes com episódio de internamento entre 1 de abril e 30 de junho de 2012, que experimentaram a instalação de um quadro de dependência no autocuidado pela primeira vez ou, pessoas que no episódio de internamento, na percepção do próprio ou do prestador de cuidados, consideraram que houve um agravamento da dependência prévia no autocuidado. Os dados foram colhidos através de um formulário, que englobava o Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado (Duque, 2009) e também contemplava variáveis centradas na pessoa com dependência e respetivo prestador de cuidados. A amostra em estudo era maioritariamente do sexo feminino (52%), casada (55%), reformada (90%) e com uma média de idades de 72 anos.

**Resultados:** Os resultados mostram que, três meses após a alta, os clientes melhoraram a dependência no autocuidado, sendo esta evolução em média de 1,06 (DP=0,83) (escala de 1 a 4). Aquando da alta, o enfermeiro formulou um juízo clínico acerca do potencial de recuperação de cada caso ao longo dos três meses subsequentes à alta. De acordo com esse juízo 58,3% dos clientes tinham baixo potencial e 36,7% tinham moderado potencial de reconstrução da autonomia. Entre os dois grupos que foram definidos como baixo e moderado potencial para a reconstrução da autonomia, foram encontradas diferenças com significado estatístico no que se refere à tomada de decisão apoiada e autónoma, à acessibilidade aos serviços de apoio, à atitude positiva face ao plano terapêutico e à confiança face ao futuro. Em simultâneo eram pessoas que seriam cuidadas por prestadores de cuidados mais consciencializados acerca do seu papel, com níveis mais elevados de escolaridade e com um perfil de prestação de cuidados, aparentemente, ancorado numa postura promotora de autonomia. Logo, os clientes com scores mais elevados nestes fatores (escala de 1 a 4) foram aqueles que de acordo com o juízo clínico do enfermeiro foram considerados como tendo moderado potencial, isto é, maior potencial de reconstrução da autonomia. A comparação entre o nível de dependência três meses após a alta e o juízo clínico produzido pelo enfermeiro na alta acerca do potencial de reconstrução da autonomia mostra que 58,9% dos clientes excedeu o potencial de recuperação previsto previamente pelo enfermeiro.

**Conclusão:** Concluiu-se que três meses após a alta a maioria dos casos melhorou o nível de dependência tendo excedido o juízo clínico do enfermeiro acerca do potencial de reconstrução da autonomia. Os clientes melhoraram mais do que aquilo que foi previsto, o que revela uma certa prudência dos juízos produzidos pelo enfermeiro. Nesta altura, muito provavelmente não foram considerados aspetos, que entretanto foram emergindo das características particulares de cada caso e que influenciaram a reconstrução da autonomia. Os enfermeiros, tendo em consideração a sua missão devem centrar-se na profissionalização da sua ação, reconhecendo os fatores com potencial de influenciar o autocuidado da pessoa, no sentido de facilitar a transição com vista à reconstrução da autonomia.

### Referências:

- (1) DUQUE, Hernâni. O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Dissertação de Mestrado.
- (2) MACIEL, Eloísa. O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado.
- (3) MELEIS, Afaf et al. - Experiencing Transitions: An Emerging Middle –Range Theory. *Advance in Nursing Science*. (2000), p.12-28.

*Palavras-chave:* Juízo clínico do enfermeiro; Autocuidado; Dependência; Transição; Reconstrução da autonomia

## Prestadores de cuidados familiares de pessoas em fase final de vida no domicílio – Modelo de Supervisão Clínica

Maria João Cardoso Teixeira (9, 52)\*; Wilson Abreu (21); Nilza Costa (52)  
\* [enfmjoaoteixeira@gmail.com](mailto:enfmjoaoteixeira@gmail.com)

**Introdução:** Na União Europeia, 3% das pessoas afirma tomar conta de um idoso ou pessoa com incapacidade várias vezes por semana, 4% uma vez ou duas vezes por semana e 8% menos de uma vez por semana(1). Estima-se que em 2030 que sejam 21, 5 milhões de cuidadores familiares com mais de 25 anos a prestar cuidados pelo menos 20 horas semanais e 10,9 milhões pelo menos 35 horas semanais(4).

A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados e, por sua vez, ser ela própria alvo dos cuidados(6).

Na supervisão clínica, os modelos dirigem-se a finalidades e alvos da supervisão, sendo métodos para avaliar processos e resultados(3)

**Objetivos:** O objetivo principal desta investigação (tese) é descortinar as necessidades sentidas pelos prestadores de cuidados familiares (PCF) de pessoas em fase final de vida (PFFV) em contexto domiciliário aquando do exercício do papel Tomar Conta de acordo com os défices nos autocuidados e passíveis riscos para a PFFV. Posteriormente, desenvolver um modelo de supervisão clínica que ajude os enfermeiros no suporte aos PCF.

**Metodologia:** Delimitamos os PCF como os familiares não remunerados e que se assumia a assistência à PFFV. Estas eram as que possuíam uma doença avançada e progressiva sem potencial de cura.

Tratando-se de uma etnografia, a observação participante foi a técnica mais utilizada(7). Complementou-se com entrevistas semiestruturada e notas de campo para a triangulação de dados. Realizou-se uma análise de conteúdo dos dados e categorização(2) utilizando a CIPE® - Versão 2013(5). O modelo de supervisão clínica foi submetido à validação com um grupo de oito peritos utilizando a técnica de Delphi.

**Resultados:** Incluídos dez PFFV, oito eram mulheres com idade média de 84 anos. Oito tinham demência, seguido por doença oncológica e degenerativa osteoarticular. Os dez PCF tinham idade média de 60 anos, maioria mulheres e oito estavam desempregadas. Os dados foram categorizados em critérios de diagnóstico que contribuíam para os défices nos autocuidados (primários, secundários e terciários) e possíveis riscos para a PFFV. Também foram obtidos dados sobre os Tomar Conta presentes, assim como as necessidades expressas pelos PCF. Também de categorizam os problemas não percebidos pelos PCF em que subdividiram como potencial de melhoria ou consciencialização. Estes PCF assistiam nos auto cuidado: higiene; uso do sanitário; alimentar; arranjo pessoal; papel recreativo; vestir/despir; posicionar; erguer; transferir; gestão do regime de tratamento complexo; promoção da independência da PFFV. OS PCF assistem ao nível dos riscos: quedas; úlceras de pressão; aspiração; rigidez articular; desidratação; pé equino; maceração; úlcera de pressão; e fuga. Verificamos a importância do uso de dispositivos e suporte formal e informal para o exercício do papel. Outros tomar conta condicionam a disponibilidade de tempo. Também a capacidade física, emocional e relacional do PCF devem ser avaliados.

Com os dados obtidos, conceptualizamos o modelo que incluiu os critérios de diagnóstico para os diagnósticos de défice no autocuidado e riscos, assim como as capacidades que o prestador de cuidados familiar deve possuir para assistir, disponibilidade de tempo, dispositivos assim como suporte formal e informal que pode necessitar para cada um dos diagnósticos.

**Conclusão:** Em relação ao tomar conta da PFFV, as atividades subdividem-se em dois grandes domínios: assistir nos autocuidados e prevenção de complicações. No exercício do papel emergem necessidade percebidas, quer ao nível do conhecimento quer ao nível das competências instrumentais. Porém, deparamo-nos com défices de conhecimentos e competências instrumentais não percebidas mas fundamentais para o exercício efetivo do papel. O Modelo de Supervisão clínica final resultante foi validado por peritos, porém sugerimos a sua operacionalização ao nível dos sistemas de informação clínica em uso para uma validação maior.

### Referências:

- (1) ANDERSON, R., B. MIKULIČ, G. VERMEYLEN, M. LYLJ-YRJÄNÄINEN, et al. Second European Quality of Life Survey - Overview. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009.
- (2) BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
- (3) COTTRELL, S. Introduction to clinical supervision. Documento WWW. URL:[<http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>] [Aced 20 Junho de 2014], 2000.
- (4) GLENDINNING, C., H. ARKSEY AND F. TJADENS Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers: Policy Briefing. York: Social Policy Research Unit, University of York 2009.
- (5) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. International Classification for Nursing Practice (ICNP®): International Council of Nurses;2013.
- (6) PAYNE, S. White Paper on improving support for family carers in palliative care: part 1. European Journal of Palliative Care, 2010, 17(5), 238-245.
- (7) SPRADLEY, J. P. Participant observation. Holt, Rinehart and Winston New York, 1980.

*Palavras-chave:* Prestadores de Cuidados Familiares; Pessoa em fase final de vida; Domicílio; Diagnósticos de enfermagem; Modelo de Supervisão Clínica



## Tradução e Validação da Escala Adapted Illness Intrusiveness Ratings

Elisabete Lamy da Luz (26, 3)\*; Fernanda Santos Bastos (21); Margarida M Vieira (51, 5)

\* luzelisabete10@gmail.com

**Introdução:** A doença crónica tem um impacto importante no auto-conceito do indivíduo, transformações essas que ocorrem no período do diagnóstico da doença, se estendem durante o tratamento e também no período subsequente. Essas mudanças no auto-conceito, segundo os autores, associam-se à depressão, a satisfação reduzida com a vida e à intrusividade da doença. Sendo a intrusividade ou intrusão da doença definida como um evento disruptivo que interfere com o envolvimento em actividades diárias, sociais e outros interesses da vida das pessoas (1) A intrusividade da doença crónica interfere com a capacidade para o autocuidado, autogestão do regime terapêutico e autoeficácia. Isto é, quanto mais intrusiva for a doença na vida da pessoa mais esta terá dificuldade em gerir e incorporar o seu regime terapêutico e viver com a doença.

**Objetivo:** Tradução e validação da escala Adapted Illness Intrusiveness Ratings para Português

**Metodologia:** A escala Illness Intrusiveness Ratings foi desenvolvida na versão original em 1983 por Devins e colaboradores, solicitámos aos autores da versão adaptada da escala da A-IIRS (2) autorização para a sua utilização, sendo de salientar que deram toda liberdade para o seu uso.

Equivalência Língua e Conceptual

Tradução e reconversão para o idioma falado e escrito em Português. Após concluída a equivalência linguística e conceptual surge Adapted Illness Intrusiveness Ratings Scale versão Portuguesa. Como forma de dar continuidade ao processo de validação da versão portuguesa da Adapted Illness Intrusiveness Ratings recorremos a uma amostra de conveniência (3). A amostra foi constituída por 271 participantes selecionados por conveniência aquando da sua deslocação às respetivas unidades funcionais de um ACES de Lisboa. A constituição da amostra obedeceu aos seguintes critérios: adultos com idade superior aos 18 anos até aos 65 anos, com os seguintes diagnósticos: Hipertensão Arterial, Diabetes, Lupus, Artrite Reumatoide, Acidente Vascular Cerebral, Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Insuficiência Cardíaca, sem alterações cognitivas e aceitar participar no estudo.

**Resultados:** Terminado o processo de adaptação linguística e cultural, procedeu-se à análise das propriedades psicométricas do instrumento em estudo, nomeadamente a sua validade e fidelidade. No sentido de analisarmos a validade do construto da versão portuguesa da Adapted Illness Intrusiveness Ratings e adequarmos a sua estrutura às características linguísticas e culturais portuguesas, procedeu-se à análise factorial exploratória pelo método das componentes principais segundo a regra de Kaiser. Para tal, definiu-se como critério que os eigenvalues deveriam ser superiores a um e um peso superior a 0,40. De acordo com estes critérios, os resultados desta análise revelaram que os 13 itens se organizaram em três factores com uma variância explicada de 73,24% (30,64% para o primeiro factor, 21,37% para o segundo fator e 21,23% para o terceiro fator), com um Alfa de Cronbach total de 0,92 (0,90 para o primeiro fator, 0,88 para o segundo fator, 0,78 para o terceiro fator). A medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,882). A designação atribuída a cada fator procurou refletir o conteúdo conceptual dos itens que o compoem: intrusividade Diária, Social e Espiritual. O gráfico de Cattell ou o Scree Plot do QRA permite confirmar a adequação da matriz factorial aos dados analisados, verificando-se uma inclinação da reta até ao terceiro componente, sendo este o valor correspondente a um maior afastamento entre os valores próprios (4). Verifica-se uma correlação média (0,448) e elevada (0,693) entre as várias subescalas e entre estas e o total da escala. São igualmente correlações positivas e significativas ( $p < 0,01$ ). A escala traduzida e validada neste estudo corresponde à Adapted Illness Intrusiveness Rating Scale (2); a mesma apresentava os 13 itens tal como a versão original, acrescentando aos itens a condição de aplicação ou não do mesmo à vida de cada pessoa, sendo composta por cinco dimensões e um Alfa de Cronbach global de 0,89, ligeiramente mais baixo do que o estudo da versão portuguesa. Contudo, a versão original da escala foi validada em populações com 36 doenças crónicas diferentes, tendo o autor identificado três sub escalas/ dimensões que compõem a escala (Devin, 2010). A escala foi traduzida para a língua Inglesa, Francesa, Hungara, Koriana, Alemã e Espanhola, a tradução e validação da escala, nos países supra citados, bem como a avaliação das suas propriedades psicométricas demonstrou uma equivalência cultural adequada.

**Conclusão:** Os resultados apontam para uma escala com uma boa consistência interna e confiabilidade, confirmando o instrumento como rigoroso, válido, com boas características psicométricas. Assim, poderá ser utilizado em estudos futuros, sendo muito importante para a prática de Enfermagem em contexto da Cronicidade.

*Palavras-chave:* Escalas; Doença Crónica; Intrusividade da doença crónica; Enfermagem; Validação

## Sofrimento, um foco de intervenção em Enfermagem, que desafio e perspetivas

Paula Encarnação (27, 47)\*; Clara Costa Oliveira (47); Teresa Martins (21)  
\* pperes@ese.uminho.pt

**Introdução:** Face à doença crónica a dor e o sofrimento são dois conceitos, que não sendo sinónimos, se entrelaçam dificultando o diagnóstico e a valorização do sofrimento enquanto alvo prioritário da ação dos enfermeiros, quando a dor física está presente.

**Objetivos:** Analisar a diferença entre os conceitos de dor e sofrimento, a natureza do sofrimento e o contributo do diagnóstico do sofrimento para a prática de Enfermagem.

**Materiais e Métodos:** Duas fontes de dados contribuíram para esta revisão integrativa da literatura, a primeira refere-se às descrições do conceito de dor e sofrimento a partir da literatura e, no sentido de identificar instrumentos respetivos à avaliação do sofrimento, recorreu-se à pesquisa em Bases de Dados Eletrónicas via EBSCO HOST (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, British Nursing Index, Cochrane Database of Systematic Reviews, Academic Search Complete, EJS E-Journal) e WEB OF SCIENCE no período de setembro a dezembro de 2014, utilizando como idioma preferencial o inglês, sem restrição de data, em torno dos conceitos-chave suffering assessment, suffering scales, measuring suffering, nursing. Foram obtidos 4.160 artigos. Foi introduzido um filtro no sentido de eliminar os artigos que continham 'suffering from', tendo sido analisados 11.

A segunda fonte de dados que compõe esta revisão integrativa da literatura são os dados narrativos derivados das notas de campo das observações escritas pela autora durante o processo de colheita de dados para o seu trabalho de doutoramento, de forma a ilustrar a importância do rastreio do Sofrimento enquanto foco de atenção da prática de Enfermagem.

**Resultados:** A distinção entre os dois focos Dor e Sofrimento e a necessidade de rastreio deste último torna-se evidente a partir dos exemplos expostos pela autora, bem como através da literatura e dos estudos analisados. Dez instrumentos foram identificados na avaliação do Sofrimento, tendo dois apresentado propriedades psicométricas mais consistentes e conceptualmente mais coerentes: o Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM) e o Structured Interview for Symptoms and Concerns in Palliative Care (SISC). Ambos os instrumentos permitem uma abordagem não-diretiva, proporcionam uma medida quantitativa e podem ser utilizados por doentes com dificuldade na comunicação oral e escrita. Considerando que o grande desafio na avaliação do sofrimento reside na insuficiente informação de dados relativos às propriedades psicométricas da maioria dos instrumentos, no sentido de avaliarem a experiência privada e subjetiva do sofrimento, os enfermeiros, pela natureza da relação de cuidados, pelo tempo de contato direto com a pessoa e família, desenvolvem a proximidade necessária para ouvir as narrativas dos que sofrem e serem suas testemunhas. De acordo com Martins (2010) o alívio do sofrimento passa obrigatoriamente pela relação que se estabelece entre quem cuida (o enfermeiro) e a pessoa que sofre, sendo essa relação fundamental para que o sofrimento se torne suportável e consciente, podendo desta forma ser aliviado. Uma intensa formação pessoal torna-se imprescindível na formação do enfermeiro, bem como inserir nos currículos dos estudantes disciplinas, que tenham como foco de atenção o Sofrimento.

**Conclusão:** A literatura aponta para o alívio do sofrimento da pessoa como pedra basilar do cuidar em Enfermagem. Na avaliação do sofrimento o grande desafio reside na insuficiente informação de dados relativos às propriedades psicométricas da maioria dos instrumentos, no sentido de avaliarem a experiência íntima, multidimensional e subjetiva do sofrimento. Dos estudos analisados parece ser importante incluir nos currículos dos estudantes de Enfermagem disciplinas que abordem esta temática, bem como a prática simulada em contexto académico.

### Referências:

- (1) BÜCHI, S., et al. Preliminary Validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure): A brief method to assess suffering. *Psychother Psychosom*, November-December 2002, vol. 71, nº 6, p. 333-341.
- (2) CASSELL, Eric J. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *New England Journal of Medicine*, March 1982, vol. 306, n.11, p. 639-645.
- (3) FERRELL, B. R. and COYLE, N. The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. *Oncology Nursing Forum*, March 2008, vol.35, n. 2, p. 241-247.
- (4) MARTINS, M.C. Aliviando o Sofrimento. O Processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2010.
- (5) WILSON, Keith G., et al. Structured interview assessment of symptoms and concerns in palliative care. *Canadian Journal of Psychiatry*, June 2004, vol.49, nº 6, p. 350-358.

*Palavras-chave:* Suffering; Nursing Diagnosis; Suffering and Pain; Chronic Illness; Suffering Assessment

## Doença crónica na Europa Continental: que desafios no autocuidado?

Liliana Andreia Neves da Mota (55, 11)\*; Sónia Alexandra Lemos Novais (26, 41)  
\* saxoenfermeira@gmail.com

**Introdução:** Com o aumento da esperança média de vida a causa de morte prematura surge associada à doença crónica (WHO, 2014). O autocuidado pode ser encarado como uma forma de gestão da condição individual, pelo que é fundamental a implementação de programas de orientação ao desenvolvimento de habilidades na gestão da doença crónica (Wrixon, 2009). O autocuidado não é uma forma racional de manter a saúde, mas reflecte uma atitude para o cuidado da saúde, doença e vida.

**Objetivos:** Com este trabalho pretendemos perceber no contexto da doença crónica quais os desafios no âmbito do autocuidado.

**Material e Métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Ebscohost e bases de dados associadas com recurso aos termos “chronic illness” OR “chronic disease” AND “self care”.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Estudos escritos em português, espanhol ou inglês;
- Publicados desde 2010;
- Com texto integral disponível;
- Estudos que apenas incluíssem pessoas adultas com doenças crónicas;
- Estudos realizados na Europa Continental.

Face aos resultados encontrados foi realizada uma revisão sistemática da literatura. Inicialmente foram encontrados 22 estudos, sendo que 15 foram excluídos por não se relacionarem com a temática em estudo. Assim, foram incluídos nesta revisão 7 estudos.

**Resultados:** Nos 7 estudos incluídos a população em estudo em termos de doença crónica surge associada a patologias crónicas específicas: 1 estudo com pessoas com doença mental, 1 com diabetes, 1 com síndrome de cólon irritable, 2 com doença pulmonar obstrutiva crónica, 1 com dor e 1 com encefalite.

**Metodologia:** Em termos de metodologia 4 estudos são quantitativos, 1 experimental e 2 qualitativos. O principal foco destes estudos relaciona-se com o autocuidado, nomeadamente com a gestão de processos de doença crónica, quer através da implementação de programas de gestão da doença crónica, quer através do recurso às tecnologias da informação.

A delimitação do estudo à investigação produzida na Europa Continental emerge da necessidade de alargar o conhecimento além fronteiras e também pelo facto de existir alguma proximidade cultural com o nosso país. Contudo, não emergiu nenhum estudo realizado em Portugal.

**Discussão:** Os principais desafios colocados em termos de autocuidado nos resultados encontrados centram-se na gestão da doença crónica tendo em vista a melhoria da percepção dos sintomas de doença, da qualidade de vida e da esperança. Em resultado, com a implementação de programas de gestão da doença crónica denota-se uma melhoria nos comportamentos de procura de saúde, da percepção da saúde e da adesão ao regime terapêutico. Na gestão da doença crónica a família emerge com um papel preponderante na sua gestão, daí a relevância do conhecimento das necessidades familiares de forma a implementar planos de cuidados viáveis. Contudo, também fica patente nos estudos a relevância da influência do grupo e da utilização da sua influência na gestão da doença. Os sistemas de informação emergem como relevantes no processo de auto-gestão da doença, pelo que esses sistemas devem ter usabilidade técnica tomando em consideração a situação clínica e social.

**Conclusões:** Os estudos demonstram que os programas de auto-gestão da doença crónica são fundamentais na melhoria da condição da pessoa em prol da qualidade de vida. Denota-se que todos os estudos se centraram na pessoa com patologias crónicas específicas.

### Referências:

- (1) WHO. 2014. World Health Statistics 2014. Geneva : World Health Organization Press. ISBN 978 92 4 156471 7.
- (2) WRIXON, S. 2009. Helping people understand the value of self-care. British Journal of Healthcare Assistants. p. 242-244.

*Palavras-chave: autocuidado; doença crónica; enfermagem; auto-gestão; qualidade de vida*

## Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia

Carlos Melo-Dias (20, 44)\*; Carlos Fernandes da Silva (52)

\* *cmelodias@esenfc.pt*

**Introdução:** As pessoas com esquizofrenia sentem-se repetidamente desajustadas, precisando frequentemente de ajuda para definirem as suas habilidades, interesses e talentos.

Em Enfermagem, a relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito e valorização das suas capacidades, pretendendo ajuda-lo a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. A reabilitação psicossocial é um processo que oferece a oportunidade de vir a atingir o seu nível potencial de funcionamento pessoal e social, sendo a conversação um instrumento crítico para a comunicação com o outro.

O ensino sistematizado de comportamentos considerados vitais para o sucesso nas interações sociais, com intervenções que já provaram ser efetivas, faz parte dos desafios mais prementes e críticos desta área de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Do ponto de vista do participante, o funcionamento pessoal e social é melhorado, pois é-lhe facultado a real perceção da sua eficácia social, bem como das respostas e escolhas pragmáticas a nível social, vocacional e de situações de vida típicas, com as quais irá ser capaz de lidar e apreciar.

**Objetivo:** Construiu-se um caminho de investigação para o desenvolvimento de práticas sistematizadas na recuperação das pessoas com doença mental grave, facilitando a passagem do ambiente controlado, previsível e seguro da clínica hospitalar para o ambiente imprevisível da comunidade, tendo como finalidade o desenvolvimento, implementação, e avaliação do impacto numa formação de generalização das habilidades de conversação 1,2,3,4,5.

**Metodologia:** Num desenho quasi-experimental o grupo experimental participou no programa de formação de generalização de habilidades de conversação, avaliado em pré, pós, e follow-up, nas seguintes variáveis: distress e bem-estar, adesão à medicação, estado de ansiedade, autoeficácia geral, vulnerabilidade ao stress, grau de dificuldade nas situações sociais, frequência de convivência com situações sociais comuns, e desempenho pessoal e social.

O desenvolvimento de relação de confiança entre terapeuta e doente/s foi crucial, bem como a personalização e individualização dos timings e dos assuntos a debater em cada sessão da formação.

**Resultados:** Melhorias estatisticamente significativas no lidar com a ansiedade e com o stress, na noção de autoeficácia, e no desempenho pessoal e social.

**Conclusões:** Salientam-se as ligeiras melhorias significativas, mas apenas relativas a subgrupos de ¼ dos participantes do grupo experimental, e em alguns momentos de avaliação pós-formação e/ou follow-up. Destes resultados concluímos que existe impacto na melhoria da gestão do stress e na apreciação das suas próprias capacidades, e ainda na melhoria do funcionamento pessoal e social apreciado pelos outros (cuidadores).

### Referências:

- 1) Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide. New York: Guilford Publications, 2004. ISBN 1-57230-846-X.
- 2) Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 2009. ISBN 978-84-323-0808-6.
- 3) Coelho CM, Palha AP. Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia. Lisboa: Climepsi, 2006.
- 4) Liberman RP, Fuller TR. Generalization of social skills training in schizophrenia. [autor do livro] Joanna Meder. Rehabilitation of patients with schizophrenia. Krakow: Biblioteka Polish Psychiatry, 2000.
- 5) Plano Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo. [ed.] Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, 2008.

*Palavras-chave: Enfermagem; Habilidades; Generalização; Conversação; Esquizofrenia*

## A qualidade de vida e a família das pessoas idosas, utentes de lares e centros de dia, no distrito de Vila Real

Ana Cristina Caramelo (18, 26)\*; Margarida M Vieira (51, 5); Regina Célia Ermel (53, 5)  
\* [caramelo.ana@gmail.com](mailto:caramelo.ana@gmail.com)

**Introdução:** O envelhecimento demográfico em Portugal não é muito diferente daquele que se verifica nos restantes países desenvolvidos<sup>1</sup> e as transformações verificadas na sociedade, especialmente familiar, tornaram imperativa a conceção de novas formas de intervenção e o ajustamento das respostas sociais. Assim, desde 1960 que se assiste em Portugal um forte incremento dos apoios sociais comunitários, constituindo uma resposta alternativa aos cuidados familiares. Os recursos sociais, oferecidos, sobretudo por parte das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's), são uma realidade no Distrito de Vila Real, proporcionando uma resposta alternativa para os idosos que vivem sozinhos, como se verifica através dos dados da Carta Social de 2012.

**Objetivo:** Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas no índice de Qualidade de vida (QdV) das Pessoas Idosas residentes em Lares, e a frequentar Centros de Dias (CD's), em função da Existência de Família.

**Material e Método:** Estudo exploratório, quantitativo, descritivo e correlacional. Participaram desta pesquisa quinhentas e oito (N= 508) Pessoas Idosas: 380 idosos residem em Lares e 128 idosos frequentam CD's. Aplicou-se um formulário para colheita dos dados sociodemográficos e o instrumento WHOQOL-OLD da Organização Mundial da Saúde e validado para Portugal. A análise dos dados foi realizada por meio do Teste Mann-Whitney. Hipóteses: A)Analisou-se o índice de QdV das Pessoas Idosas residentes em Lares em função da Existência de Família (H1): H0:A média de posição do índice de QdV das Pessoas Idosas residentes em Lares, não difere em função da Existência de Família; H1:A média de posição do índice de QdV das Pessoas Idosas residentes em Lares, difere em função da Existência de Família. B)Analisou-se o índice de QdV das Pessoas Idosas a frequentar CD's em função da Existência de Família (H2): H0:A média de posição do índice de QdV das Pessoas Idosas a frequentar CD's, não difere em função da Existência de Família; H1:A média de posição do índice de QdV das Pessoas Idosas a frequentar CD's, difere em função da Existência de Família.

**Resultados:** A larga maioria das Pessoas Idosas inquiridas possui Família; verificámos, nos lares, 95,3% de Pessoas Idosas com Família e nos CD's, 96,1%. A)Os idosos Com Família apresentam médias de posição superiores aos idosos Sem Família; essas diferenças são estatisticamente significativas, rejeitamos assim a hipótese nula (H0). B)Os idosos com Família apresentam médias de posição superiores aos idosos Sem Família. Contudo essas diferenças não são estatisticamente significativas; não rejeitamos a hipótese nula (H0). Discussão: O índice de QdV das Pessoas Idosas residentes em Lares difere consoante a Existência de Família; ou seja, os idosos com família percebem uma melhor QdV. Os estudos realizados por Zimermam<sup>3</sup> mostram que na velhice a família tem uma importância fundamental. O mesmo resultado encontramos no estudo de Jacob<sup>4</sup> onde a família tem papel preponderante na qualidade de vida das pessoas idosas.

**Conclusão:** No nosso estudo, os resultados estatísticos mostram que o índice de QdV das Pessoas Idosas residentes em Lares difere consoante a Existência de Família, e o índice de QdV das Pessoas Idosas a frequentar CD's não difere consoante a Existência de Família.

### Referências Bibliográficas:

- (1) Instituto Nacional de Estatística I.P. (2009). Estimativas Provisórias de População Residente, 2008, Portugal, NUTS II; NUTSIII e Municípios, Instituto Nacional de Estatística – Departamento de Estatísticas Sociais. Lisboa: INE. Carta Social 1(2012).
- (2) Equipa de Estudos e Políticas, EEP (2012). Carta social – Folha Informativa n.º 9 – Novembro 2012. Lisboa: GEP.
- (3) Zimerman G I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- (4) Jacob Filho W, Kikuchi EL, editores. Geriatria e gerontologia básicas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. 492 p.

*Palavras-chave: Pessoa Idosa; Qualidade de Vida; Lares de Idosos; Centros de Dia; Família*

## Qualidade de vida e percepção de saúde dos idosos de Marília, SP, Brasil

Ana Cristina Caramelo (18, 26)\*; Regina Célia Ermel (53, 5); Margarida M Vieira (51, 5); Lislaine Fracolli (59);  
Tereza Lais Zutin (53)  
\* *caramelo.ana@gmail.com*

**Introdução:** Quando constatamos que a população idosa no Brasil está aumentando significativamente e quando percebemos que avaliar a qualidade de vida vem assumindo importância cada vez maior nos últimos anos, particularmente no que diz respeito à sua mensuração, quer individual quer coletivamente, fica evidente a importância de se avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas, mais a partir do ponto de vista delas próprias. Assim este estudo tem como objetivos avaliar a qualidade de vida e a percepção de saúde dos idosos de Marília, SP, Brasil.

**Material e Método:** Estudo exploratório, quantitativo e descritivo. Participaram desta pesquisa 349 idosos moradores da cidade de Marília, SP, Brasil e usuários das Unidades de Atenção Básica, com autonomia física e psicológica e com idade igual ou superior a 60 anos. Marília é uma cidade brasileira, localizada no interior do Estado de São Paulo. A população idosa de Marília, de 60 anos e mais de idade, abrangem 28.629 pessoas, sendo 12.667 (44,2%) homens e 15.962 (55,8) mulheres. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Marília – UNIMAR, SP. Aplicou-se um formulário para colheita dos dados sociodemográficos e o instrumento WHOQOL-BREF da Organização Mundial da Saúde. A análise dos dados foi realizada com auxílio do programa R 2.14.1 (Core, 2012).

**Resultados:** A amostra de idosos de Marília entrevistados, nesta pesquisa, permitiu-nos verificar a prevalência do sexo feminino, da cor branca, de católicos, de baixa escolaridade, de casados ou vivendo como casados, de aposentados e com predomínio de idosos na faixa etária entre 70-79 anos. O domínio geral do instrumento WHOQOL-BREF avalia a qualidade de vida global e a percepção de saúde geral. Os idosos de Marília, neste estudo, avaliaram sua qualidade de vida como “Boa” (51,58%), e 51,58% perceberam positivamente a sua saúde. Discussão: Neste estudo os idosos de Marília avaliaram sua qualidade de vida como “Boa” e disseram que estão “Satisfeitos” com a sua saúde. Esses dados revelaram-se muito semelhantes aos do estudo desenvolvido por Braga et al.2 em que a maioria dos idosos considerou sua qualidade de vida “Boa” (59,0%), e 59,0% estavam satisfeitos com a sua saúde. No estudo de Gutierrez et al.3 houve predomínio da resposta “Boa” (55,5%) relativamente à questão que avalia a qualidade de vida global, e, quanto à satisfação com a saúde, os idosos disseram que estavam satisfeitos (42,1%). Resultados diferentes foram encontrados no estudo desenvolvido por Silva 4, a maioria dos idosos considerou sua qualidade de vida como “Nem ruim, nem boa” (56,5%) e, quanto à satisfação com a saúde, 42,2% disseram que estavam “Nem satisfeitos, nem insatisfeitos”.

**Conclusão:** Os idosos de Marília, neste estudo, perceberam positivamente a qualidade de vida global e a saúde geral. Consideramos que os objetivos da nossa investigação foram atingidos, mas não pretendemos fazer generalizações para fora do universo em que se desenvolveu esta pesquisa.

### Referências Bibliográficas:

- (1) Ermel, RC. Qualidade de vida da pessoa idosa: comparação Brasil - Portugal [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
- (2) Braga, M. C. P. et al. Qualidade de vida medida pelo Whoqol-Bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. Rev APS. v. 14, n.1, p. 93-100, 2011.
- (3) Gutierrez, B. A. O.; Auricchio, A. M.; Medina, N. V. J. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. J Health Sci Inst. v.29, n.3, p. 186-90, 2011.
- (4) Silva, C. B. D. C. A. Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família no Rio Grande/RS [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande, 2008.

*Palavras-chave:* Idosos; Pessoas Idosas; Qualidade de Vida; Saúde Pública; Brasil

## A percepção sobre ser cuidado por estudantes de enfermagem com tatuagens visíveis: revisão sistemática de literatura

Margarida Lourenço (51, 5)\*; Sílvia Caldeira (51, 5); Teresa Vidal (51)

\* [margaridalourenco@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:margaridalourenco@ics.lisboa.ucp.pt)

**Introdução:** As questões associadas ao fardamento, bem como a imagem que os estudantes de enfermagem transmitem às pessoas que cuidam, em contexto de prática clínica, sempre foram consideradas importantes, não só pelos professores, mas também por outros profissionais de saúde (Westerfield et al., 2010). Atualmente, com o aumento do uso de tatuagens pelos jovens, algumas questões têm sido discutidas em relação à imagem dos estudantes em ensino clínico, como, por exemplo, se os professores devem ou não solicitar aos estudantes de enfermagem para que as mesmas sejam cobertas durante a prestação de cuidados de enfermagem. (Newman et al., 2005; Dorwart, Kuntz, Armstrong, 2010). Importa compreender qual a percepção dos doentes em relação aos cuidados prestados por estudantes de enfermagem com tatuagens visíveis.

**Objetivo:** descrever a percepção dos doentes em relação à assistência prestada por estudantes de enfermagem que tenham tatuagens visíveis.

**Material e métodos:** Revisão sistemática da literatura para a questão: qual a percepção dos doentes em relação aos cuidados prestados por estudantes de enfermagem com tatuagens visíveis. A pesquisa ocorreu entre fevereiro e março de 2014, nas plataformas EBSCO, SciELO e ISI Web of Knowledge. Os termos de pesquisa utilizados foram: tattoo\* (título) AND nurs\* (abstract). Considerou-se como critérios de inclusão: artigos escritos em língua Inglesa e Portuguesa; sem limite temporal; e o PEO de acordo com a Cochrane para este tipo de questão de investigação (Population – Pacientes); E (Exposure – cuidados de enfermagem prestados por estudantes de enfermagem com tatuagens visíveis); O (Outcomes – percepções). A análise dos resultados foi realizada de forma independente por cada investigador.

**Resultados:** Foram identificados um total de 80 artigos e foram eliminados 35 duplicados. Os restantes 45 passaram à leitura do título e resumo. Destes, 11 não tinham resumo disponível; 12 não eram artigos originais; 21 não estavam de acordo com a questão de investigação (estavam relacionados com piercings, enfermeiros ou outros profissionais de saúde). Apenas um artigo respondia à questão de investigação. Este estudo foi realizado com 150 pacientes em que lhes foi solicitada a análise e comparação de fotos de pessoas com e sem tatuagens. A percepção dos pacientes foi a de que os cuidadores do sexo feminino com tatuagens visíveis são menos profissionais do que os prestadores de cuidados do sexo masculino tatuados.

**Discussão:** Este é um tema que carece atenção pois pode influenciar o bem-estar dos doentes e, por outro lado, pode influenciar o modo como o estudante se sente na sua individualidade. Algumas tatuagens têm significado emocional e identitário e podem ajudar o estudante a ser mais autêntico na relação com o doente. Também, mais evidência sobre a influência das tatuagens nos cuidados, além da questão da imagem profissional, pode contribuir para as normas de fardamento previamente informadas aos estudantes.

**Conclusões:** Embora limitados, os resultados apontam para a influência da tatuagem na percepção dos doentes, também dependente do género. Mais investigação nesta temática, em diferentes culturas e contextos seria desejável.

### Referências:

- (1) Dorwart, SD; Kuntz, SW; Armstrong, ML - Developing a Nursing Personnel Policy to Address Body Art Using an Evidence-Based Model. 2010. The Journal of Continuing Education in Nursing. Vol 41, No 12. pp 540-546.
- (2) Newman, AW (et al) - Should Physicians Have Facial Piercings? JGIM. 2004. pp 213-218.
- (3) Westerfield, HV. (et al) - Patients' Perceptions of Patient Care Providers With Tattoos and/or Body Piercings. JONA. 2012. Volume 42, Number 3, pp 160-164

*Palavras-chave:* tatuagem; estudante; enfermagem; percepção;

## Terapia oncológica e medicina alternativa em mulheres com cancro da mama: a face oculta do controlo de sintomas

Maria Raquel Esteves (23, 33)\*; Francisca Pinto (23, 26)

\* *raquelpesteves@gmail.com*

**Introdução:** Integrado num estudo que visou a criação de linhas orientadoras para a construção de um programa de ensino, a mulheres com diagnóstico de cancro da mama em terapia adjuvante, durante o trabalho de campo, identificou-se que as participantes do estudo recorriam para o controlo dos sintomas decorrentes do tratamento de quimioterapia, outras estratégias, não convencionais para fazer face aos mesmos. Não sendo ainda uma evidência científica, é uma constatação diária que o doente português usa, frequente e simultaneamente, as terapêuticas convencionais e as “ditas” medicinas complementares. Na área dos tratamentos oncológicos é comumente utilizada uma panóplia de recursos que vão desde a religiosidade ao transcendente, passando por manipulados de substâncias várias, usados em concomitância com os tratamentos de quimioterapia citotóxica. Temor, angústia, finitude e ansiedade são dimensões sempre presentes na subjetividade do sofrimento. Na doença oncológica são fortemente exacerbadas. No cancro da mama feminino, em particular, cruzam-se variáveis de género, sensibilidades apuradas, preocupações com a imagem corporal, experiências de incompletude, ou mesmo de amputação identitária e física, que atribuem ao processo de adoecimento grande singularidade.

**Objetivo:** Nesta apresentação pretende-se: a partir dos relatos recolhidos, ensaiar uma narrativa de percursos e recursos terapêuticos e, fazer uma leitura à luz da teoria das transições[1] sobre a necessidade emergente de integrar no planeamento e intervenção dos cuidados de enfermagem, nesta vertente, de uma forma “explícita”; demonstrar a importância de considerar a experiência das vivências na gestão dos sintomas, sob pena de estes se poderem integrar em “desperdícios” para a saúde nas suas diferentes dimensões.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de cariz qualitativo, com 60 mulheres, em tratamento adjuvante, por cancro da mama que foram acompanhadas durante 6 meses, numa unidade de tratamento oncológico. Os resultados emergiram do tratamento das notas de campo efetuadas durante o acompanhamento e, de uma entrevista semi-estruturada aos 6 meses de tratamento.

**Resultados:** É inegável a utilização combinada dos tratamentos de quimioterapia com formas esotéricas, nomeadamente a espiritualidade e o medianismo, e a ingestão de substâncias, naturais ou manipuladas, cujos efeitos não estão ainda cientificamente validados; Embora profissionais e doentes estabeleçam um “acordo tácito” que incorpora esta dualidade terapêutica, os doentes omitem ou ocultam estas estratégias e os profissionais, não as legitimando, sobre elas pouco os questionam ou se questionam; Nesta atitude consentida e consabida, os profissionais descaram o valor que o doente realmente atribui a estes recursos.

**Conclusões:** Os dados evidenciam que a preocupação das mulheres sobre o controlo de sintomas, recorrendo a outras terapias está imiscuída num discurso de esperança sobre o controlo da doença, melhor adaptação às vivências que, o processo de doença lhes proporciona; nem sempre as intervenções dos profissionais de saúde resultaram no verdadeiro suporte, às suas necessidades por falta de atenção, às entrelinhas, dos discursos, que assumem a roupagem de preocupações, medos, ansiedades; foram ainda (des) ocultados alguns aspectos que, no contexto da disponibilização de cuidados de suporte, pelos profissionais de saúde, não tiveram a primazia. Face às interpretações que emergiram das análises uma atenção mais detalhada sobre a experiência da doença traria uma maior eficiência sobre os serviços de saúde fazendo, emergir práticas sedeadas noutras valores cujas repercussões teriam impacto sobre a qualidade de vida, a satisfação e os gastos em saúde.

Estes achados parecem legitimar que na abordagem dos doentes o recurso a terapias complementares não pode continuar a ser ocultada; uma leitura dos resultados suportada na teoria das transições, faz emergir um novo desafio para os profissionais de enfermagem – integrar nos seus planos de intervenção o uso destas terapias como suporte psicossocial de ajustamento à doença e estratégia de promoção da saúde, no período de experiência da doença.

### Referências:

- (1) Meleis, A.I., *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. 2010, New York: Springer Publishing Company, LLC.
- (2) Chui, P.L., et al., *Prayer-for-health and complementary alternative medicine use among Malaysian breast cancer patients during chemotherapy*. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2014. 14(425).
- (3) Kristofferson, A.E., A.J. Norheim, and V.M. Fønne, *Any difference? Use of a CAM provider among cancer patients, coronary heart disease (CHD) patients and individuals with no cancer/CHD*. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2012. 12(1).
- (4) Sirisupluxana, P., et al., *The meaning of complementary therapy from the perspective of Thai women with breast cancer*. *Nursing & Health Sciences*, 2009. 11(1): p. 64-70.
- (5) Thune-Boyle, I., et al., *Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK*. *Psychooncology*, 2011. 20(7): p. 771-82

*Palavras-chave: cancro de mama feminino; terapias complementares; adoecer e estar doente; teoria das transições; análise de narrativas*



## Fatores de risco de queda na pessoa idosa residente na comunidade: Revisão Integrativa da Literatura

Luís Manuel Mota de Sousa (14, 49)\*; Maria Nilza Guimarães Nogueira de Caldevilla (21); Cristina Maria Alves Dias Henriques (1, 26); Sandy Silva Pedro Severino (14); Isabel Ferreira (42)  
\* [luismmmsousa@gmail.com](mailto:luismmmsousa@gmail.com)

**Introdução:** As quedas em pessoas idosas residentes na comunidade ocorrem de modo frequente e podem originar sequelas ou até mesmo a morte (1). Cerca de 30% das pessoas idosas nos países ocidentais têm acidentes por queda pelo menos uma vez no ano e destes, metade sofrem duas ou mais quedas. As consequências principais das quedas são as fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição nos autocuidados, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização (2).

**Objetivo:** Identificar os fatores de risco de queda em pessoas idosas residentes na comunidade.

**Materiais e Métodos:** Foi realizada uma revisão Integrativa da literatura (3). A pesquisa foi efetuada na EBSCO Host (CINAHL, MEDLINE) em janeiro de 2015. As palavras-chave incluídas foram “Accidental Falls”; “Fall Risk Factors”; “Community dwelling” and “Elders”, estes descritores foram validados na plataforma DeSC (Descritores Ciências da Saúde). Critérios de inclusão: últimos 5 anos, idioma (português, inglês e espanhol); texto integral disponível; idade superior a 65 anos. Os critérios de exclusão incluíram o não cumprimento de pelo menos 75% dos critérios preconizados pela Joanna Briggs Institute (JBI) (4). De acordo com os critérios de inclusão e exclusão pré estabelecidos, os estudos foram analisados, por dois revisores de forma independente.

**Resultados:** Foram incluídos 77 artigos que cumpriam pelo menos 75% dos critérios de qualidade metodológica. Os resultados desta revisão integrativa permitiram sistematizar que os fatores de risco de queda na pessoa idosa residente na comunidade são:

- a. Fatores pessoais (sexo feminino e idade avançada).
- b. Fatores clínicos e físicos (alteração do equilíbrio; alteração da acuidade visual, declínio da função cognitiva, história de acidente por queda, dor crónica, menor força muscular, hipertensão, co-morbilidades, doença crónica, diminuição da execução das funções executivas, hipotensão ortostática, distúrbios de sono, défices neurológicos, osteoartrite, redução do funcionamento sensório-motor, hipotensão no homem, carência de vitamina D, pior saúde física, obesidade, tonturas, sintomas do trato urinário, perímetro abdominal elevado, síndrome metabólico, menor nível de albumina sérica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e diagnóstico de demência). Ainda relacionado com fatores de risco físico a literatura aponta alterações no ciclo da marcha. O que vai trazer como consequência declínio das actividades básicas de vida diária e actividades instrumentais de vida diária assim como a inatividade física.
- c. Fatores psico-emocionais, o medo de cair foi o mais estudado; seguido dos sintomas depressivos/depressão e ansiedade.
- d. Os fatores socioeconómicos foram os menos estudados (baixo rendimento familiar, grupo étnico negro/minorias, escolaridade baixa e viver sozinho).
- e. Fatores de risco ambientais, como os quartos desorganizados, casas de banho/ sanitários e superfícies dos pisos escorregadios, má iluminação e acessos a áreas externas em más condições ou com obstáculos, são reportados na literatura.

A medicação enquanto fator de risco de queda para as pessoas idosas, tem sido amplamente estudada. A poli-medicação, a medicação anti-hipertensora, e o uso de benzodiazepinas, têm-se mostrado associados ao aumento do risco de queda.

A utilização de produtos de apoio, nomeadamente o uso de auxiliares de marcha inadequado e sanitários sem suportes e utilização de chinelos foram apontados como fatores de risco de queda.

**Conclusão:** Esta revisão revela o carácter multifatorial das quedas das pessoas idosas em contexto comunitário. Permite trazer contributos para a enfermagem quer na avaliação dos fatores de risco de queda (instrumentos adequados) quer na intervenção, com a implementação de programas de intervenção multifactoriais/multicomponente, de modo a contribuir para a redução efetiva da ocorrência de queda e desta forma contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas idosas.

### Bibliografia:

- (1) LOPES, Mislaine C.L., et al. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. *Cogitare Enfermagem*, 2007, 12.4.
- (2) PERRACINI, Monica Rodrigues; RAMOS, Luiz Roberto. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*, 2002, 36.6: 709-16.
- (3) MENDES, Karina Dal Sasso, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 2008, 17.4: 758.
- (4) THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (AT). Joanna Briggs Institute’s user manual: version 5.0 system for the unified management. *Assessment and Review of Information*. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2011.

*Palavras-chave:* Quedas; Fatores de risco de queda; Residentes na comunidade; Idosos; Enfermagem

## Trauma e reabilitação: que modelo de intervenção numa perspetiva da qualidade no cuidado?

Paulo Alexandre dos Santos (26)\*; Isabel Mascarenhas Rabiais (51, 5)

\* paulofigueiredosantos@gmail.com

**Introdução:** As lesões traumáticas de acidentes de viação senso-lato são a maior causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva na população economicamente activa. De acordo com estimativas da World Health Organization – Road Traffic Injuries (2013), o custo anual com traumatismos rodoviários ascende a aproximadamente 520 biliões de dólares americanos. Em Portugal, entre 2010 e 2013 o valor despendido pelo estado foi de 752 milhões de euros (Instituto Nacional de Estatística, 2014), números que exigem um esforço do sistema de saúde, para disponibilizar uma resposta adequada a todas as vítimas, cobrindo as necessidades desde a fase de emergência pré-hospitalar, à reabilitação física, psicológica e reintegração social.

**Objetivo:** Identificar a eficiência da gestão do processo evolutivo do doente politraumatizado, desde a alta hospitalar, até ao fim do período de reabilitação.

**Materiais e métodos:** Revisão de literatura, usando os descritores “trauma, quality assurance and safety in health care” foram obtidos 20 artigos; Após refinar de acordo com os critérios estabelecidos, foram obtidos 17, posteriormente submetidos a análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011).

**Resultados:** A reabilitação constitui um processo que procura o desenvolvimento das capacidades remanescentes permitindo que o indivíduo alcance a sua independência a nível das atividades físicas, profissionais e sociais, de acordo com o nível de lesão e incapacidade. Os doentes politraumatizados mais graves apresentam diversas lesões agudas incapacitantes que comprometem a funcionalidade orgânica; lesões neurológicas com alterações da motricidade, da sensibilidade superficial e profunda e distúrbios autonómicos dos segmentos e órgãos do corpo provocados pela lesão; lesões encefálicas que comprometem funções cognitivas; amputações de membros que determinam que o indivíduo tenha que reaprender a utilizar uma prótese no lugar do membro comprometido para locomoção ou função manual, lesões do sistema músculo-esquelético que comprometem a independência de locomoção e as atividades da vida diária. A fase pós-hospitalização exige um processo de reabilitação considerado tendencial e convencionalmente, responsabilidade exclusiva das unidades de emergência, serviços de cirurgia e de traumatologia, descurando outros cuidados indispensáveis ao longo processo de reabilitação (física e psicológica). Na prática, este modelo traduz graves consequências pessoais e sociais, pois existem tempos e dados que são perdidos ou não analisados e conseqüentemente atrasam o processo de reabilitação condicionando o acesso aos apoios mais direcionados para as necessidades do doente. Obriga também muitas vezes, que o doente e família procure reabilitação em outros centros (de trauma, reabilitação ou hospitais de reabilitação), que funcionam de forma autónoma, totalmente desvinculados dos cuidados iniciais prestados, o que reflete a ineficácia deste modelo convencional. Urge assim implementar um novo modelo que pressuponha maior acompanhamento, constitua uma abordagem mais integrada da pessoa, vá além da reabilitação física, integrando dimensões como a locomoção, o treino de habilidades específicas, as atividades da vida prática e quotidiana, o condicionamento físico, o apoio psicológico, social, individual e familiar e a orientação para atividades laborais e práticas desportivas adaptadas.

**Conclusão:** O processo de reabilitação não termina com a alta do doente da unidade de saúde hospitalar em que foi admitido tornando-se fundamental avaliar se o que foi conquistado no caminho da sua independência pode ser aplicado dentro do seu ambiente familiar, social, escolar ou profissional (GREVE J.M.D, 2007).

À luz de recentes estudos realizados na Holanda (KNAW - Dutch Research Database – Project Pilot: Supported Fast Track Multi-Trauma Rehabilitation Service (SFTRS)), torna-se crucial avaliar um modelo mais sistematizado, contínuo e que considere a especificidade de pessoa na reabilitação, podendo proporcionar um melhor cuidado funcional e uma melhoria da qualidade de vida (efetivo, adequado e sustentável) e de custo benefício através de um “Gestor de Trauma” que permita a interdisciplinaridade da condução do processo.

### Referências:

- (1) BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- (2) CELSO B., TEPAS J., LANLAND-ORban B., PRACHT E., PAPA L., LOTTENBERG L., et al. A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems. 2006. J Trauma.
- (3) DURHAM R., PRACHT E., ORBAN B et al. Evaluation of a mature trauma system. Ann Surg. 2006.
- (4) LOBELLO SG, UNDERHIL AT, VALENTINI PV, STROUD TP, BARTOLUCCI AA, FINE PR. Social integration and life and family satisfaction in survivors of injury at 5 years postinjury. J. Rehabil Res Dev. 2003.

*Palavras-chave:* Trauma; Quality Assurance; Safety in Health Care

## Enfermagem de catástrofe: preparação para o desenvolvimento de competências

Paulo Alexandre dos Santos (26)\*; Isabel Mascarenhas Rabiais (51, 5)

\* paulofigueiredosantos@gmail.com

**Introdução:** A Humanidade tem sido desde os primórdios confrontada com catástrofes naturais, sociais, industriais e mais recentemente o bioterrorismo, que levam à perda e/ou dano de vidas humanas e de bens materiais com inevitável rotura social, económica e do estado de saúde.

A adequação e resposta atempada dos profissionais de saúde e demais agentes de proteção civil são fundamentais, para controlar o número de vítimas, o agravamento do estado de saúde, a vulnerabilidade das populações e promover a qualidade de vida futura. Do latim *catastrôphē* (que por sua vez, deriva de um vocábulo grego que significa “ruína” ou “abalo”), o constructo integra um evento fatídico que altera a ordem regular das coisas (ARAGÃO, 2012).

Perante um evento desta natureza, além de uma resposta estruturada, sistematizada e eficaz, o fator chave para uma intervenção direcionada, reside nos profissionais de saúde, que devem dispor de conhecimentos quanto ao planeamento e operacionalização do plano de emergência, aliado ao treino, à formação específica de preparação para situações de catástrofe e à disciplina do profissional.

Considerando os enfermeiros a maior comunidade profissional e científica com responsabilidade no funcionamento do sistema de saúde, integrando as equipas multidisciplinares que assistem as vítimas de catástrofes, torna-se imperativo assumir competência específicas nesta área.

Objetivo: Identificar conhecimentos e competências dos enfermeiros para cuidar em situação de catástrofe.

**Materiais e métodos:** Seleccionados 9 artigos, submetidos a análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011), tendo obtido 6 artigos de natureza qualitativa e 3 revisões da literatura. Os artigos seleccionados, foram analisados de forma qualitativa através do procedimento de análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

**Resultados:** A impossibilidade de prever todas as variáveis que influenciam as consequências de uma catástrofe é simultaneamente o principal fator a considerar e o mais difícil de ultrapassar quando se estrutura uma intervenção para fazer face a um acontecimento desta natureza. Os artigos raduzem unanimidade num ponto: o conhecimento científico, é condição “*sine qua non*”, para assegurar o desenvolvimento de competências individuais. Compreende-se assim, que o conhecimento científico em Enfermagem estrutura uma profissão necessária e insubstituível na resposta a uma situação de catástrofe. Contudo, a incorporação de uma cultura direcionada para o conhecimento científico, requer preparação científica, técnica e relacional do profissional. AMENDOEIRA (2006, p.244), defende esta aceção e salienta que “o conhecimento necessita de ser estudado a partir do que é essencial aos contextos”, ou seja, é necessário a preparação. FUNG et al (2008), revelam que 97% dos Enfermeiros reconhecem estar inadequadamente preparados para uma situação de catástrofe e 80% assumem necessidade de desenvolver conhecimentos e competências para uma resposta eficaz, mediante formação contínua, específica e prática.

Um estudo realizado num Serviço de Urgência de um hospital de Lisboa, numa amostra de 74 enfermeiros, 73% afirmam sentir necessidades de formação na área de catástrofe. A falta de formação e o desconhecimento dos mecanismos de ativação de um plano de emergência, foi assumido por 73% (PONTE, 2007). A representatividade das respostas negativas (96%) é conclusiva, permitindo obter um quadro geral das necessidades formativas, de conhecimentos e de preparação na área de catástrofe.

**Conclusão:** É nesta aceção axiomática que se torna incontestável a evidência da necessidade crescente de concertar esforços no sentido de elaborar um plano educativo integrado e transversal, pautado por métodos e saberes específicos próprios da disciplina e da profissão de Enfermagem (a nível epistemológico, técnico, relacional, sociológico e ético), tão necessários para melhor preparar e alargar o espectro das competências próprias e distintas do Enfermeiro na área da catástrofe.

### Referências:

- (1) AMENDOEIRA, J. Uma biografia partilhada em enfermagem. (2006a). Coimbra: FORMASAU.
- (2) BANDEIRA, R. Medicina de catástrofe. Da exemplificação histórica à iatroética. Dissertação de Doutoramento, (3) ICBAS. Ed. Universidade do Porto. 2008
- (4) BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- (5) FUNG O.W.M., LOKE A.Y. & LAI C.K.Y. Disaster preparedness among Honk Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2008. 62(6), p.698-703. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04655.
- (6) PONTE Sandra. Conhecimentos dos enfermeiros de urgência sobre planos de emergência. 2007. *Jornal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E.* Agosto

*Palavras-chave:* Competencies; Disaster Nursing; Disaster Training

## Recomposição social pelo trabalho com oficinas de emprego: Um projeto de investigação-ação

Amélia Simões Figueiredo (51, 5)\*; Medeiros Garcia (51, 26); Paulo Seabra (51, 5); Rasquillho Vidal (51, 5); Sarreira Santos (51)

\* [simoesfigueiredo@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:simoesfigueiredo@ics.lisboa.ucp.pt)

**Introdução:** Na sequência da realização do Diagnóstico da situação de saúde dos utilizadores do Balneário Público de Alcântara em 2014, e no que diz respeito à caracterização sociodemográfica emergiu, de entre uma serie de conclusões passíveis de intervenção local, um perfil de utilizador. Este utilizador é preferencialmente um homem solteiro, na faixa etária dos 42-49 anos, residente em Alcântara e de nacionalidade Portuguesa.

Relativamente à caracterização socioeconómica, aqueles utilizadores vivem sem qualquer fonte de rendimento, em situação de sem abrigo ou habitação precária, recorrendo assim ao BP por motivos económicos. Já no que se refere à caracterização da situação de saúde sublinhe-se o facto da maioria dos utilizadores não ter feito vigilância de saúde no último ano, não possuir médico de família apesar da existência de comorbilidades com destaque para a patologia do foro da Saúde mental, cardiovascular e infeciologia.

Nesta continuidade, temos como finalidade contribuir para a promoção da saúde e dignidade dos utilizadores de dois balneários públicos municipais da cidade de Lisboa através de oficinas de emprego. Assim, o projeto que ora se apresenta equaciona-se entre um estudo propedêutico e um estudo principal. No primeiro caso os objetivos remetem-nos para: Caracterizar outros balneários públicos de Lisboa enquanto recurso comunitário; Caracterizar os utilizadores daqueles balneários públicos municipais; Identificar os recursos sociais e de saúde na área de abrangência e fazer o diagnóstico da situação de saúde dos utilizadores. Já no estudo principal pretende-se: Identificar um grupo de utilizadores tipo do balneário público municipal de Alcântara que queiram integrar o projeto de investigação ação; Identificar os recursos sociais e de saúde disponíveis aos utilizadores do balneário; Desenvolver oficinas de emprego para os utilizadores do BP fregueses de Alcântara.

Metodologicamente estamos perante um estudo comparativo num primeiro tempo e numa abordagem de perfil investigação-ação num segundo.

Num primeiro tempo empírico realizaremos o Diagnóstico da Situação de Saúde dos utilizadores de outros BP de Lisboa. Num formato de estudo descritivo simples que decorre da aplicação de um formulário, já aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Proc.042/CES/INV/2014). Prevê-se o tratamento dos dados quantitativos do formulário com recurso à estatística descritiva (Programa SPSS22) e para as questões abertas a utilização da técnica da análise de conteúdo<sup>1,2,3</sup>. Num segundo tempo empírico proceder-se à identificação de um grupo de utilizadores tipo do BP de Alcântara que consintam integrar o estudo e a equipa de investigadores, mediante a ligação ao trabalho, numa abordagem de investigação ação. Constituiremos assim, duas equipas de investigação, dinamizadoras do processo investigativo e, com recurso a entrevistas semiestruturadas, metodologia de oficinas de emprego ligadas ao centro de emprego ou ao município, promover-se-á o desenvolvimento local/territorial com recomposição social dos municípios<sup>5</sup>. A entrada no campo empírico teve lugar no mês de março através das consultas de Enfermagem. Esta estratégia será utilizada para, mediante o consentimento informado e esclarecido, se engrossar a equipa de investigação-ação, com um grupo de utilizadores constituído entre 3 a 5 pessoas. A equipa consultora transversal, integrará a equipa A ou B de acordo com as necessidades sentidas, simultaneamente norteadas pelos alicerces da intervenção comunitária<sup>5</sup>.

Os resultados de saúde sublinham que este espaço municipal carece da implementação de estratégias de intervenção comunitária na promoção e na gestão dos processos de saúde/doença dos seus utilizadores com vista à reinserção social por via do trabalho. Importa ainda continuar a agilizar a rede de recursos de saúde comunitários existentes na tentativa de os rentabilizar.

Em conclusão podemos referir que o desenvolvimento deverá assentar num processo permanente de investigação-ação<sup>4,5</sup> em que a teoria se alimenta da ação com reciprocidade, na construção coletiva do conhecimento e das práticas envolvendo todos os atores, mesmo os excluídos socialmente capacitando-os para o processo de recomposição social.

### Referências Bibliográficas:

- (1) Yin, R. K. Estudo de caso: Planeamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- (2) Tuckman, B.W. Manual de Investigação em Educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.
- (3) Bogdan, R. & Biklen, S. Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto: Porto Editora, 1994.
- (4) Sarmiento, M. J. A lógica de Acção nas Escolas. Braga: Instituto de Inovação Educacional, 2000.
- (5) Amaro (2004) Desenvolvimento-um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à Prática e da Prática à teoria [Consultado em 8/04/2015] e disponível em [[https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3186/1/2003\\_4\\_02.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3186/1/2003_4_02.pdf)]

*Palavras-chave: Intervenção Comunitária; Recomposição Social; Oficinas de Emprego; Investigação ação; Saúde Mental Comunitária*

## Práticas de literacia familiar conducentes à literacia emergente: uma estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança.

Ana Maria Vieira Soares de Resende (51, 26)\*; Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo (21); Margarida M Vieira (51, 5)

\* [anaresende@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:anaresende@ics.lisboa.ucp.pt)

**Introdução:** A literacia emergente ou precoce constitui a primeira fase de construção e desenvolvimento da literacia e deve ser encarada como um processo desenvolvimental contínuo, que se inicia logo nos primeiros anos de vida e que se desenvolve em contextos reais de cada pessoa. Reconhece-se, atualmente, uma nova visão da família em geral, e dos pais em particular, para além da própria criança face ao processo de aprendizagem da literacia. Estes, passaram a ser considerados como elementos-chave e a sua participação neste processo deve ser mobilizada o mais precocemente possível (1).

**Objetivos:** Identificar estudos empíricos orientados para programas de promoção de práticas de literacia familiar conducentes à literacia emergente disponíveis na literatura; identificar atividades que integram os programas de promoção de práticas de literacia familiar conducentes à literacia emergente; e identificar indicadores que sustentem ganhos no desenvolvimento integral da criança sensíveis aos cuidados de enfermagem, com a promoção de práticas de literacia familiar conducentes à literacia emergente.

**Material e Método:** Revisão Integrativa da Literatura para responder à questão: que estudos empíricos orientados para a promoção de práticas de literacia familiar, conducentes ao desenvolvimento de literacia emergente com indicadores que sustentem ganhos no desenvolvimento integral da criança, sensíveis aos cuidados de enfermagem, podem ser identificados na literatura? Foi construído como primeiro passo para este processo, o protocolo de revisão clarificando a estratégia de pesquisa, os critérios de elegibilidade, a seleção dos artigos em base de dados eletrónicas e de produção científica, a leitura organizada dos materiais (com a elaboração do fluxograma da seleção de artigos), a síntese crítica dos dados (com os participantes, intervenção, contexto, resultados e tipo de estudos) e a descrição e discussão dos resultados.

**Resultados:** Identificaram-se 322 artigos após a primeira pesquisa. Após a avaliação dos critérios de inclusão e exclusão foram rejeitados 215 artigos. Seguiu-se a leitura dos resumos dos 107 artigos e, após a análise de acordo com os objetivos da revisão e os critérios de elegibilidade, foram rejeitados 37 artigos. Aos 70 artigos para posterior avaliação crítica, após aplicação do teste de evidência III (2), foram excluídos 55 artigos, tendo ficado a fazer parte desta revisão, 15 artigos dos 322 inicialmente selecionados.

**Discussão:** Estudos demonstram que a exposição precoce da criança a atividades literárias no contexto familiar, é um fator preditivo positivo para o desenvolvimento da literacia emergente precursora do desenvolvimento literário. Os resultados das investigações sugerem que pequenas alterações nos comportamentos dos pais face ao processo da aprendizagem da literacia podem produzir mudanças significativas nas competências de literacia emergente das crianças (3). Outros estudos, caracterizaram não só as práticas de literacia familiar, como também, a frequência e a variabilidade de práticas e atividades desenvolvidas em cada contexto familiar, que sustentam ganhos no desenvolvimento integral da criança sensíveis aos cuidados de enfermagem, assim como, identificaram ainda as vantagens que as crianças em idade pré-escolar podem obter pelo facto de observarem e de se envolverem nessas mesmas práticas (4).

**Conclusões:** Estes programas representam uma resposta à necessidade de dotar os pais de conhecimentos que promovam competências de literacia emergente nas crianças em idade pré-escolar e de consciencializar a importância que os pais e/ou figuras parentais podem ter enquanto facilitadores dessas mesmas aquisições. Os enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, são interlocutores privilegiados, para a promoção de práticas de literacia familiar conducentes à literacia emergente, pelo acompanhamento continuado que fazem ao longo do ciclo de vida, às famílias que têm sob a sua responsabilidade.

### Referências bibliográficas:

- (1) Mata, L. Literacia - O papel da família na sua apreensão. *Análise Psicológica*. 1, 1999, Vol. XVII.
- (2) Munhoz, W.I.S. et al. Revisão sistemática da literatura e metanálise: noções básicas sobre o seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. [<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a074.pdf>.] São Paulo : Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002.
- (3) Justice, L., & Pullen, P. Promising interventions for promoting emergent. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2003, Vol. 23, pp. 99-113.
- (4) Mata, L. Literacia Familiar - Diversidade, Desafios e Princípios Orientadores. [autor do livro] L. Salgado (Coord.). *A Educação de Adultos uma dupla oportunidade na família*. Lisboa : ANQ - Agência Nacional para a Qualificação, 2010.

*Palavras-chave:* Emergent literacy; Early literacy; Home literacy practices; Emergent literacy practices; Child development

## Segurança da medicação e erros de medicação: Revisão da produção científica

Leila Sales (26, 22)\*  
\* leila.sals@gmail.com

Nos últimos anos, a investigação desenvolvida sobre a Segurança dos clientes, veio afirmar a existência de erros nos cuidados de saúde, com elevado potencial de ocorrência de danos graves para os clientes, levando à diminuição da qualidade dos cuidados prestados e comportando também um peso significativo em termos económicos nos sistemas de saúde. Com base em dados americanos, estima-se que em Portugal anualmente existam entre 1330 a 2900 mortes devido a erros cometidos por equipas de saúde e que em cada 100 internamentos hospitalares 10 se compliquem por um qualquer erro, com dano para os doentes (1). Uma das áreas mais complexas e bastante sensível à intervenção de enfermagem, relaciona-se com os erros de medicação e com os seus efeitos adversos nos clientes (2) (3) (4). Os erros de medicação afetam os clientes e as suas consequências podem causar reações adversas, lesões temporárias/permanentes e até a morte. Sabe-se que a ocorrência de erros de medicação é elevada e uma das principais causas de morte e incapacidade (5). Desconhecendo-se ainda, a verdadeira dimensão desta realidade em Portugal, através de estudos epidemiológicos, tem-se vindo a desenvolver investigação nesta área e alguns estudos nacionais demonstraram a ocorrência de Eventos Adversos nos cuidados de saúde, como uma realidade (6).

**Objetivos:** Identificar a produção científica de enfermagem, realizada em Portugal, sobre segurança da medicação e erros de medicação e Analisar os artigos relativamente às variáveis: ano de publicação, tipo de estudo e método, palavra-chave, instrumentos de medida e autor.

**Materiais e Métodos:** Estudo bibliométrico e descritivo, efectuado no período de 6 a 14 de janeiro de 2015, nas bases científicas: Repositório científico de acesso aberto de Portugal (RCAAP), SciELO e Bireme, com os seguintes descritores em ciências da saúde (DeSC): Erros de medicação e enfermeiros e Segurança da medicação e enfermeiros, sem qualquer horizonte temporal identificaram-se 140 resultados e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram seleccionados 12 resultados. Estes foram analisados relativamente às variáveis: ano de publicação, tipo de estudo e método, palavra-chave, instrumentos de medida e autor.

**Resultados:** Da pesquisa efectuada foram encontradas 7 teses de mestrado, 3 artigos científicos e 2 comunicações orais em conferências, com as seguintes palavras chave: Enfermagem, qualidade dos cuidados, erro de medicação, causas, medicação, prescrição, transcrição, distribuição, administração, pediatria, evento adverso, near miss, enfermagem, segurança do doente. Da análise efectuada, identifica-se a primeira publicação que surge 2008, sobre erros de medicação e a prática de enfermagem (1), tratando-se de um estudo descritivo, com uma amostra de 117 enfermeiros tendo como objetivo identificar as causas dos erros de medicação através da aplicação de questionário. Outros estudos se desenvolveram posteriormente, dos quais seis teses de mestrado e uma comunicação oral entre 2008 e 2014 recorrendo a estudos exploratórios e descritivos com objetivos direcionados para a percepção dos enfermeiros sobre a frequência, causas e fatores associados ao erro, assim como para a identificação de obstáculos à notificação, com a utilização de entrevista semiestruturada e questionários com escalas associadas. Destaca-se um estudo (7) do tipo observacional em 2013, com o objetivo de conhecer a prevalência de Erros de medicação, com a limitação de ter sido desenvolvido num único serviço de internamento hospitalar. Um outro estudo em descritivo por questionário com 511 enfermeiros, desenvolvido em 2013, identificou os erros de medicação notificados, constituindo a 1.ª fase do estudo de doutoramento(8).

**Conclusão:** A produção científica de enfermagem nesta área de estudo é ainda escassa, existindo a necessidade do desenvolvimento de estudos de abordagem quantitativa e observacionais, com amostras mais expressivas e desenvolvimento conhecimento para além das causas, factores, tipologia dos erros e condicionantes à notificação dos mesmos. Destaca-se ainda o facto, de não existir nenhuma tese de doutoramento.

### Referências Bibliográficas:

- (1) Fragata, J., Martins, L. Erro em medicina, perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra : Almedina , 2004. ISBN: 9724023478.
- (2) Clinical review: Medication errors in critical care. Moyen, E., Camiré, E., Stelfox : Critical Care, 2008, Vol. 12. 10.1186/cc6813.
- (3) Effects of critical care nurses work hours on vigilance and patients' safety. Scott, Linda D., Rogers, A., Hwang, W., Zhang, Y. n.º 1, s.l. : American Journal of Critical Care , 2006, Vol. 15.
- (4) PATIENT SAFETY - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. Sousa, P. Qualidade em saúde, Lisboa : Acta Medica Portuguesa, 2006, Vol. 19. 1646-0758.
- (5) Kohn, Linda T., Corrigan, Janet M., Donaldson, Molla S. To Err Is Human: Building a Safer Health System. [ed.] National Academy of Sciences. Washington, D.C. : Copiright ©, 2000

*Palavras-chave:* Segurança da medicação; Erros de medicação; Enfermeiros; Qualidade dos cuidados; Segurança dos clientes

## Dos ambientes da prática de enfermagem à segurança dos doentes: o que tem sido feito

Sofia Maria Borba Roque (26, 34)\*; Élvio Henriques Jesus (51, 40)

\* *sofia.m.b.roque@gmail.com*

**Introdução:** Considerando a complexidade que os sistemas de saúde têm associada, face ao seu foco de intervenção, onde diferentes profissionais interagem com comportamentos individuais e organizacionais, práticas clínicas e tecnológicas mais ou menos avançadas, mas que de certo influenciam a segurança dos clientes, assume-se esta como um imperativo global incontornável na avaliação da qualidade em Saúde, facto que implica o desenvolvimento de políticas de orientação e decisão de gestão hospitalar que visem ausência de dano evitável durante o processo de cuidados de saúde.

**Objetivos:** Identificar estudos e descrever resultados acerca da segurança dos doentes a nível nacional; Descrever análises da importância do ambiente da prática de enfermagem (APE) na segurança dos doentes. Material e

**Métodos:** Reflexão teórica fundamentada no estudo crítico de bibliografia relacionada com a temática, percorrendo as etapas: problematização e análise do objeto de estudo; leitura interpretativa de estudos afins; construção reflexiva fundamentada dos conceitos;

**Resultados:** foram identificados 4 estudos: DGS e a APDH (2011), Fernandes e Queirós (2011), Sousa et al (2011), Jesus et al (2013). De um forma generalista é constatada a presença de dano evitável, identificando-se um paradigma de punição, ocultação do erro e subnotificações. No que concerne à análise da importância do APE na segurança dos doentes, o relatório Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses (IOM, 2004), The George Washington University (2014), The Silent Treatment: Why Safety Tools and Checklists Aren't Enough to Save Lives (2010), The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health (2010), tal como os estudos de Blegen et al (2010), Kirwan, Matthews, Scott (2013), Ogbolu et al (2015), Aiken et al, (2014), Aiken et al, (2012), Aiken et al (2001); Coetzee et al, (2013) apresentam contributos bastantes importantes, chamando à atenção para a necessidade de fortalecer as capacidades da força de trabalho, tal como a necessidade de projetar o trabalho dos enfermeiros para evitar erros, e ainda descrever a necessidade de criar e sustentar uma cultura de segurança dentro das organizações. Cultura esta que será potenciada sempre que se verifique melhoria dos ambientes da prática dos enfermeiros o qual poderá oferecer contributos significativos para a segurança dos clientes nas unidades de saúde.

**Conclusão:** constata-se uma preocupação na investigação associada à segurança dos doentes no nosso país nos últimos anos, todavia mudanças são necessárias no ambiente da prática dos enfermeiros para aumentar a segurança dos clientes, podendo-se destacar aspetos relacionados com gestão e liderança, força de trabalho, processos de trabalho e cultura organizacional.

### Referências:

- (1) Direção-Geral da Saúde (2011). Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de Hospitais portugueses. Resultados do estudo piloto. DGS: Lisboa.
- (2) Fernandes, A.; Queirós, P. ( 2011, Julho) Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Revista de Enfermagem Referência, III série, n.4
- (3) Institute of Medicine (2004). Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Washington
- (4) Sousa et al (2011). Segurança do doente: Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa
- (5) The George Washington (2014, Março). Ten Years After Keeping Patients Safe: Have Nurses' Work Environments Been Transformed? Charting Nursing's Future, 22

*Palavras-chave:* Ambientes da prática; Enfermagem; Segurança do Doente; RN4CAST; Portugal

## Frequência às aulas e desempenho em Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Enfermagem - 1º Ciclo

Júlia Santos (26, 35)\*; Margarida M Vieira (51, 5); Amélia Simões Figueiredo (51, 5)  
\* [juliamarsantos@gmail.com](mailto:juliamarsantos@gmail.com)

**Introdução:** Para que o estudante alcance uma elevada qualidade no seu estudo, deverá estar presente na maioria das aulas (1). Isto porque estas se constituem momentos onde têm a possibilidade de interagir tanto com o professor como com os colegas, de retirar dúvidas face aos conteúdos lecionados, de estabelecer uma interligação entre os conhecimentos anteriormente adquiridos e os novos e de tirarem apontamentos acerca da e na aula (1,2). O estudo de Santos revela que a maioria dos estudantes falta às aulas teóricas (61.60%), e são os estudantes com problemas de assiduidade aqueles que possuem maior dificuldade em gerir o seu esforço, tempo e ambiente de estudo (2).

**Objetivos:** Conhecer a relação entre a frequência às aulas em contexto de ensino teórico e o desempenho (medido pela nota final) em ensino clínico dos estudantes do curso de enfermagem – 1º ciclo; Promover a melhoria da qualidade das aprendizagens e maximizar o desempenho académico, e por conseguinte a prestação dos cuidados de enfermagem.

**Materiais e métodos:** Em agosto de 2014 e após consentimento da direção da escola, procedeu-se junto dos serviços académicos à recolha das faltas dadas pelos estudantes nas diversas Unidades Curriculares e classificação obtida no ensino clínico, nos quatro anos do curso, numa escola.

A contabilização das faltas às aulas (Teórico práticas e Práticas laboratoriais) foi realizada através do registo oficial de faltas. A nota dos estágios foi recolhida tendo como base as classificações finais obtidas numa escala de 0 a 20 valores. Para tal tivemos em consideração o Regulamento do Regime de Frequência e Avaliação em vigor o qual refere que, “As diferentes tipologias de ensino, no ensino teórico, não são de presença obrigatória.” e “Nas unidades curriculares, todas as horas de contacto, exceto as atividades do tipo teórico, têm uma percentagem mínima de 85% de presença obrigatória”(2013, 7) .

**Resultados:** Relativamente à frequência às aulas do tipo teórico práticas e práticas laboratoriais, os dados revelam que são os estudantes do 1º ano os menos assíduos, sendo que a assiduidade aumenta à medida que avançam no curso. No que diz respeito às reprovações, são os estudantes do 2º ano que reprovam mais (5.91%) e logo a seguir os do 3º ano (5.42%). Para a variável unidades curriculares em atraso, os dados revelam que são os estudantes do 2º ano quem tem mais unidades curriculares em atraso (9.85%), seguidos dos do 3º ano (4.93%). Relativamente ao número de repetentes, os dados revelam maior equilíbrio: 3 estudantes no 1º ano; 5 no 2º; 4 no 3º e zero no 4º ano. Assim, é no 2º ano onde se encontra o maior número de estudantes repetentes. No que se refere ao foco do nosso estudo, isto é, à tipologia ou natureza da relação entre a falta de frequência às aulas e o desempenho em ensino clínico, os resultados revelam uma relação estatisticamente não significativa para o 1º ano ( $r=0.031$ ); relação estatisticamente não significativa para o 2º ano ( $r=-0.18$ ;  $-0.28$ ). A relação estatística para o 3º ano foi fortemente significativa ( $r=-0.91$ ) para um dos estágios e moderada para outro ( $r=-0.56$ ). Para o 4º ano não se verificou relação estatisticamente significativa ( $r=-0.11$ ;  $-0.41$ ) entre a falta de assiduidade às aulas e o desempenho em ensino clínico.

**Conclusão:** Muitos estudantes vão para o ensino clínico com unidades curriculares em atraso, sendo conhecimentos que não estão presentes e que comprometem a aprendizagem (3). Porém, para esses, o que interessa é simplesmente “passar” de ano, nem que seja com uma nota singularmente baixa (3).

Com a realização deste estudo exploratório, podemos constatar que os estudantes mais assíduos são os que conseguem atingir melhor desempenho académico quando desenvolvem o ensino clínico.

Assim, hoje em dia e face à complexidade dos cuidados, do emergir de uma sociedade onde a longevidade e o envelhecimento estão a aumentar, o futuro enfermeiro deve estar devidamente preparado para o agir fundamentado e refletido junto das pessoas que necessitam dos seus cuidados - e ir às aulas parece continuar a ser importante.

### Referências bibliográficas:

- (1) Plant, E. A. et al. Why study time does not predict grade point average across college students: Implications of deliberate practice for academic performance. *Contemporary Educational Psychology*, 30, 96-116. 2005, Vol. 30, pp. 96-116.
- (2) Santos, Júlia. Orientações Motivacionais e Estratégias de Aprendizagem no Ensino Superior: Contributos para a compreensão da assiduidade às aulas dos estudantes de Enfermagem. Coimbra : Tese de Mestrado em Ciências da Educação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2008.
- (3) Teques, Pedro e Silva, Carlos. Efeitos de mediação do comportamento na relação entre a personalidade e o rendimento académico. *Revista da UIIIPS*. 2013, Vol. 1, pp. 273-286.
- (4) Chaleta, Maria Elisa. Tutoria de Acompanhamento (Docentes). Évora : GPSA-Gabinete para a Promoção do Sucesso Académico, 2011.

*Palavras-chave:* Frequência às aulas; Desempenho académico; Estudantes; Enfermagem



## A satisfação com os cuidados de enfermagem em pessoas dependentes de substâncias

Paulo Seabra (51, 5)\*; Luís Sá (51, 5); José Amendoeira (35, 5)

\* pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt

**Introdução:** satisfação com os cuidados de saúde tem sido investigada por várias disciplinas enquanto indicador relevante de qualidade relacionado com o estado de saúde dos utentes (1). A satisfação com os cuidados de enfermagem é uma forma eficaz de avaliarmos o resultado das intervenções de enfermagem (2).

Desconhecemos estudos que evidenciem o grau de satisfação da população consumidora de drogas cuidada por enfermeiros. Este estudo tem como objectivos: Avaliar o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem, assinalado por utentes dependentes de drogas e identificar que variáveis se relacionam com a satisfação.

**Materiais e Método:** Desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, com uma abordagem transversal. Estudamos 180 dependentes de opiáceos integrados em programas de manutenção com metadona através de uma amostragem probabilística aleatória sistemática. O instrumento de colheita de dados foi composto por um questionário de caracterização sociodemográfica, dados clínicos e comportamentais relacionados com o consumo de drogas. Utilizamos a escala “Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde (SUCECS26)” (2).

**Resultados:** A amostra é essencialmente de género masculino (73,3%). Média de idade de 41,06 [24-69]; dp=7,58. Escolaridade acima do 9º ano 17,2%. Solteiros 55,6%. Desempregados 48,3%.

Assinalaram consumos de substâncias 71,1%. Comorbilidades 75%. A média de anos a consumir 16,8.

A satisfação apurada com a adaptação da escala a 22 itens e com um intervalo de resposta possível entre os 0 aos 66 valores foi, 55,4 [33-66]; dp=6,43, que equivale a 83,29% de satisfação.

Nas subescalas apuramos: “individualização da informação” 98,5%; “formalização da informação” 93,4%; “qualidade na assistência” 88,8%; “promoção de elo de ligação” 88,6%; “envolvimento do doente” 78,4%; “informação de recursos” 50,7%. Verifica-se que a satisfação com os cuidados de enfermagem, é muito boa na generalidade e em todas as subescalas, exceto, no que refere a disponibilização para informar sobre recursos ao dispor do utente. As dimensões onde há mais satisfação são relacionadas com a informação sobre o utente (individualização e formalização). Contribuem para mais satisfação: Um maior número de intervenções de enfermagem ( $F=17,096$ ;  $p<,05$ ); menor número de entradas no programa ( $r=-,220$ ;  $p<,001$ ); Não consumir estimulantes ( $t=2,192$ ;  $p<,05$ ) e benzodiazepinas ( $t=3,434$ ;  $p<,05$ ).

**Discussão e Conclusão:** Os utentes valorizam a participação nas decisões e a informação sobre a sua saúde (3). Maior satisfação com os cuidados vai contribuir para mais adesão terapêutica, melhores resultados funcionais, melhor humor e mais auto-cuidado (4–6). Ter perturbação mental, associa-se a menos satisfação, o que reforça a necessidade de uma melhor avaliação dos utentes e intervenções mais direccionadas (7). A satisfação apurada resulta dos cuidados prestados. A individualização e formalização da informação, qualidade na assistência, envolver o doente e atuar enquanto elo de ligação, surgem como dimensões valorizadas. Consideramos que a dificuldade ou ausência de respostas às muitas necessidades, causadas pelas condições socioeconómicas e comorbilidades, levam a manifestar menor satisfação em relação aos cuidados de enfermagem, enquanto fonte de informação de recursos para fazer face a essas necessidades. A permanência nos programas e a satisfação com os cuidados são fatores protetores que reforçam a necessidade de programas mais flexíveis, que atendam a mais necessidades e previnam o abandono do tratamento.

### Referências bibliográficas:

- (1) Donabedian A. An Introduction to Quality assurance in Health Care. Bashshur R, editor. New York: Oxford University Press; 2003.
- (2) Ribeiro A. O percurso de construção e validação de um instrumento para a avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de Enfermagem. Rev da Ordem dos Enfermeiros. 2005;(15):53–60.
- (3) Gomes B. Enfermagem de reabilitação. Um contributo para a satisfação do utente. Universidade do Porto; 2008.
- (4) Lynn M, McMillen B, Sidani S. Understanding and measuring patients assessment of the quality of nursing care. Nurs Res. 2007;(56):159–66.
- (5) Gillet N, Colombat P, Michinov E, Pronost A-M, Fouquereau E. Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: the mediating role of need satisfaction and perceived organizational support. J Adv Nurs [Internet]. 2013;69:2560–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23551132>
- (6) Lopes J. Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso. A experiência vivida da pessoa com problemas de adição. Universidade de Lisboa; 2012.
- (7) Zubaran C, Emerson J, Sud R, Zolfaghari E, Foresti K. The application of the drug user quality of life scale (DUQOL) in Australia. Health and Quality of Life Outcomes. 2012. p. 31.

*Palavras-chave:* Enfermagem; Dependência de drogas; Satisfação com os cuidados; Saúde mental; Programa de metadona

## Revisão da literatura sobre contributos da enfermagem para os outcomes em estruturas residenciais para pessoas idosas

Vanda Maria Veiga Pereira (26, 7)\*; Patrícia Pontífice (51; 5)  
\* vandaveiga@hotmail.com

**Introdução:** As insuficiências de cuidados de saúde patentes ao nível legislativo, de formação e de regulação da prática profissional nas estruturas residenciais para pessoas idosas (ERI's) têm de certo repercussões na saúde desta população e custos inerentes às consequências de uma gestão da saúde e da doença deficitária.

**Objetivo:** Importa pois identificar quais são os impactos da intervenção de enfermagem nos resultados em saúde do idoso institucionalizado em ERI's., de modo a evidenciar a mais-valia e o potencial que existe no reforço e valorização do trabalho dos enfermeiros nos Lares. Assim, o objetivo desta pesquisa é identificar e sintetizar evidência científica sobre cuidados de enfermagem em lares de idosos.

**Material e Métodos:** O método de investigação assenta na pesquisa e análise da literatura de investigação publicada nos últimos 12 anos em 3 bases de dados acedidas através da Bon: Academic Search Complete, Cinahl Plus with Full Text e Nursing Reference Center. A pré-seleção permitiu identificar os artigos publicados em revistas científicas com peer review, que continham os termos relativos ao fenómeno que se pretendia isolar - "outcomes" - no título, ao contexto dos trabalhos empíricos - "nursing home\*" - no texto, e aos participantes: AND "registered nurse\*", que focasse inequivocamente resultados de intervenções realizadas por enfermeiros em ERI's.

**Resultados:** Os resultados, corroborados por outras pesquisas que suportam elevados níveis de evidência acerca das intervenções de enfermagem, responderam à questão formulada. Na dimensão clínica dos cuidados, ficou patente que a presença do enfermeiro contribui para diminuir a taxa de incidência de úlceras de pressão, infeções urinárias, outras infeções e febre interpretado como proxy de desidratação, e diminuição da desnutrição. As intervenções de enfermagem têm também implicações positivas na melhoria da capacidade funcional do idoso, no aumento dos níveis de recuperação e na prevenção de diversos problemas tais como quedas; diminuem os comportamentos agressivos do idoso, com menor necessidade de contenção física, diminuição da imobilidade e fraturas. Embora a presente revisão não contenha resultados sobre recurso a urgências e internamentos hospitalares potencialmente evitáveis, todo o contributo do enfermeiro para a prevenção e deteção precoce da agudização de situações crónicas pode ser considerado como um fator contribuinte para essa redução. Ficou também evidenciado o contributo do enfermeiro para cuidados mais personalizados, aumentando os níveis de saúde e bem-estar dos residentes. Os resultados ilustram também a importância da intervenção de enfermagem na formação e supervisão de pessoal auxiliar, realçando a importância de uma filosofia de cuidados que reconheça a importância do cuidado em si, da presença de uma liderança clínica permanente, que permitirá enquadrar outros pré requisitos de funcionamento e organização dos cuidados. Também se reuniu evidência sobre o contributo dos enfermeiros, quer ao nível de registos para a elaboração de documentos importantes para o processo de cuidados e fins estatísticos, quer na possibilidade de testar a aplicação prática de modelos teóricos de enfermagem, assim como elaborar, a partir da experiência no terreno, grelhas de análise úteis à monitorização da qualidade dos cuidados prestados, com impactos na prática clínica, na promoção de atividades inseridas no âmbito da gestão da qualidade, e na investigação.

Outro dos resultados desta revisão é a evidência de que o enfermeiro é um elemento chave no suporte ao ambiente de cuidados, contribuindo para a melhoria global da qualidade. Para além de realizar tarefas administrativas importantes para as instituições, promove uma maior interação com auxiliares e residentes com impactos na satisfação de familiares e pessoal, diminuindo até o turnover profissional. Porém, a intervenção da enfermagem no âmbito da gestão, potencial e real, põe a descoberto a necessidade de melhoria global das práticas de gestão, quer ao nível da liderança, ou da promoção do envolvimento e melhoria da comunicação.

### Referências:

- (1) Berger, M.; Mailloux-Poirier – Pessoas Idosas, uma abordagem global, 1995, Lisboa, Lusodidacta
- (2) Heath, H.; Phair, L. Outcomes from the work of RN working with older people in UK care homes. International Journal of Older People Nursing 2010 Jun 5(2):116-27
- (3) Newhouse, R., Stanik-Hutt, J., White, K., Johantgen, M., Bass, E., Zangaro, G., L. Weiner, J. (2011). Advanced practice registered nurse outcomes 1990–2008: A systematic review. Nursing Economics, 29, 5, 230–251.
- (4) Ouslander, J.G.; Lamb, G.; Perloe, M.; et al. Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, causes and costs. J Am Geriatr Soc, 2010, 50:627-635
- (5) Rantz, MJ; Zwygart-Stauffacher M; Hicks L; Mehr D; Flesner M; Petrosky GF; Madsen RW; Scott-Cawiezell J. Randomized multilevel intervention to improve outcomes of residents in nursing homes in need of improvement. J Am Med Dir Assoc. Jan 2

*Palavras-chave:* outcomes; nursing homes; registered nurses

## O processo de luto na criança

Sílvia Ramos (13, 26)\*

\* *silvia\_ramos1@sapo.pt*

Uma criança em luto necessita do apoio incondicional dos familiares e/ou de alguém que lhe seja significativo. No entanto, isso não significa que deve ser superprotegida, negando-lhe o direito a saber, participar ou vivenciar à sua maneira, o seu próprio processo de luto, a sua perda, o seu sofrimento. No passado, questionou-se a capacidade da criança pequena poder vivê-lo. Nos dias de hoje e a partir de variados estudos ficou reconhecido que desde cedo a criança sofre o luto e de forma análoga ao do adulto. Contudo, é muito comum a morte ser-lhe escondida mesmo que não tenha ocorrido no seio familiar, o que lhe dificultará todo o processo de luto quando por ele tiver de passar. Esta reflexão surge no âmbito do desenvolvimento de uma tese de doutoramento em Enfermagem e pretende contribuir para a clarificação e sistematização das principais ideias e conceitos subjacentes a esta filosofia.

**Material e Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura com a seguinte questão de partida: Como é que a criança vive o processo de luto?

A colheita de dados foi efetuada em Março de 2015, em bases de dados eletrónicas internacionais, Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal e nalgumas revistas portuguesas de enfermagem. Definiu-se o protocolo de pesquisa com respetivos descritores e critérios de inclusão e exclusão.

**Resultados, Discussão e Conclusões:**

A criança vai entendendo a morte conforme a sua idade, maturidade cognitiva e para essa compreensão é preciso ter conhecimento de quatro conceitos que a caracterizam: a irreversibilidade, disfuncionalidade, universalidade e finitude. A reação à perda é distinta de criança para criança. O sentimento de perda é justamente mais doloroso na Infância porque não pode ser bem compreendido. Não há tarefa mais difícil para alguém do que a de ter de comunicar a uma criança que um familiar próximo faleceu!

**Referências:**

- (1) Nussbaumer, A. & Russell, R. R. (2003). Bereavement support following sudden and unexpected death in children. *Current Paediatrics*. 13. 555-559.
- (2) Santamaría, C. (2010). El duelo y los niños. Editorial Sal Terrae. Maliaño (Cantabria). 197 p.
- (3) Strecht, P. (2010). Uma luz no meio de nós. As crianças e os adolescentes perante a morte. Assírio e Alvim. Lisboa. 94 p.
- (4) Sourkes, B. et al. (2005). Food, Toys and Love: Pediatric Palliative Care. *Curr Probl Pediatric Adolescent Health Care*. 35. 350-386.
- (5) Wolf, J. Hinds, P. Sourkes, B. (2011). *Textbook of Interdisciplinary Pediatric Palliative Care*. Elsevier Saunders. Philadelphia.

*Palavras-chave: Luto; Processo de luto; Criança; Cuidados paliativos pediátricos; Morte*

## A Família no Hospital

Vanda Maria Veiga Pereira (26, 7)\*  
\* vandaveiga@hotmail.com

**Introdução:** A presente pesquisa decorreu enquadrada no curso de mestrado em enfermagem - especialização em enfermagem médico-cirúrgica - Universidade Católica Portuguesa.

No serviço de Cirurgia Geral onde decorreu parte do nosso estágio clínico, estava instituída uma visita alargada e definidas duas áreas suscetíveis de abranger a colaboração dos familiares: alimentação e mobilização. Não estavam documentados os impactos desta visita, embora pudéssemos constatar empiricamente que a presença de familiares no serviço continuava a ser percebida como problemática, fatos que nos permitiram identificar esta como uma área sensível dos cuidados de saúde, possível de ser por nós explorada na perspetiva dos cuidados de enfermagem, atribuindo-lhe um sentido estratégico alinhado com a finalidade de contrariar o fenómeno da desumanização nos serviços de saúde, e enquadrando-a no âmbito dos Direitos do Doente. Ao mesmo tempo, e atendendo às especificidades da pessoa idosa, foi ainda para este grupo que direcionámos a abordagem, aprofundando a reflexão em torno das ideias de presença, envolvimento, participação e colaboração da família nos cuidados.

**Objetivo:** Realizámos um estudo exploratório descritivo com o qual, partindo de um tema central alusivo à família no hospital, pretendemos conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a problemática dos familiares/pessoa significativa no processo de cuidados. Com esta iniciativa quisemos também desenvolver competências de investigação, especificamente na realização de análise do discurso. Para tal propusemo-nos analisar e discutir a atitude profissional subjacente ao discurso sobre as práticas assumidas pelos enfermeiros relativamente à presença/envolvimento/participação/colaboração dos familiares/pessoas significativas nos cuidados, com a finalidade de contribuir para a reflexão interna sobre a filosofia subjacente aos cuidados de enfermagem, alargando a discussão à possibilidade de melhorar as intervenções de enfermagem numa perspetiva inclusiva (doente e família como parceiros nos cuidados).

**Material e Métodos:** O material empírico consistiu em informação proveniente de entrevistas aos enfermeiros, e os dados foram tratados com base na análise de conteúdo e do discurso. Os recursos utilizados para a procura de informação foram (i) documentação legal, (ii) Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, (iii) Carta dos Direitos dos Doentes Internados para profissionais de saúde, e a consideração de (iv) direitos específicos do idoso. Consultámos informação relacionada com (v) documentação institucional sobre Conceito de Acompanhante, (vi) norma para acompanhantes e visitas no serviço de Cirurgia, (vii) observação e registo de práticas, (viii) troca de impressões com outros profissionais em ações de formação em serviço sobre os Direitos do Doente Internado (ix) e integrando ainda a percepção dos enfermeiros do serviço sobre o tema em apreciação, obtida através de entrevistas semi-estruturadas.

Foram questionados 6 enfermeiros - chefes de equipa, enfermeira chefe, “segundo elemento” e enfermeira responsável pela formação em serviço – sobre as dificuldades em relação à presença da família no internamento – dificuldades sentidas pelo próprio, e percebidas em relação aos outros e ao serviço -, e em que áreas pensavam ser possível um maior envolvimento da família/pessoa significativa nos cuidados à pessoa hospitalizada.

**Resultados:** Os principais resultados permitiram registar visões distintas do problema, sendo de salientar que o envolvimento/participação/colaboração da família/pessoa significativa no processo de cuidados não era uma prática instituída naquele serviço, sendo alvo de controvérsia no seio dos enfermeiros.

Na medida em que a realização do estudo decorreu em paralelo com as atividades clínicas de estágio, pudemos mobilizar aportes teóricos e resultados da investigação para a prática dos cuidados. Pensamos deste modo ter colocado em evidência o papel fundamental que se espera de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica como capaz de considerar o impacto da hospitalização nas famílias e prestar cuidados de acordo com a avaliação desse fenómeno, atendendo à doença, à família, à equipa de saúde e ao doente.

### Referências:

- (1) Artinian, N. T. A Enfermagem Médico-Cirúrgica centrada na Família in Hanson, Shirley M. H. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação. 2ª Edição 2005 Lusociência ISBN: 972-8383-83-5, pp. 293-321
- (2) Bellou, P., Gerogianni, K. G. The contribution of family in the care of patient in the hospital. Health Science Journal, Nº 3, Julho/Setembro 2007
- (3) Cabete, D. O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Loures: Lusociência, 2005.
- Hanson, S. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-83
- (4) Ministério da Saúde. DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados. Circular Normativa

*Palavras-chave: família; cuidados de enfermagem em parceria; enfermagem geriátrica*

## Conhecimento e Intervenções de Enfermagem face às pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo e família: estado da arte

Raquel Fonseca (28, 16)\*; Armando Almeida (51, 26)

\* fatima\_raquel\_fonseca@hotmail.com

**Introdução:** Perturbação do Espectro do Autismo é uma perturbação do desenvolvimento caracterizada por défices na comunicação, interação social e comportamento com impacto biopsicossocial e económico quer para a pessoa com autismo como para a família. O aumento do número de casos tem despertado atenção e necessidade de maior sensibilização para o diagnóstico e intervenção. O enfermeiro, tendo como foco de atenção o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida, deve ser capaz de desenvolver um processo de cuidados cujas terapêuticas se propõem a facilitar a vivência de transições saudáveis. Assim, e incorporando na sua prática os resultados da investigação, pode ter um papel importante nesta temática, implementando intervenções face às necessidades destas pessoas e família.

**Objetivos:** Avaliar qual o conhecimento e intervenções de enfermagem face às necessidades das pessoas com Perturbação do espectro do autismo/família e qual o resultado das mesmas.

**Materiais e métodos:** Foi realizada Revisão da Literatura utilizando a metodologia PICO. Foram consultadas as Bases de Dados: CINAHL, MEDLINE, Database of Abstracts of Systematic Reviews of effects, Cochrane Database of Systematic Reviews, Medclatina, Nursing e Allied health collection: comprehensive library, Information Science e technology Abstracts. As palavras-chave foram nursing e autism. Foi limitado resultado da pesquisa através da seleção artigos de texto completo, analisados por especialistas, realizados entre Janeiro 2010 e Março 2015.

**Resultados:** De 81 artigos apenas 77 estavam disponíveis. Um dos artigos foi excluído por se encontrar escrito em língua incompreensível. Foram excluídos 62 artigos por não relacionar as palavras-chave ou não se apresentar em forma de artigo. Aos 14 artigos foram incluídos mais 5 não publicados nas bases de dados selecionadas mas com importância pelo seu conteúdo e mantendo os critérios de pesquisa. Os resultados demonstram falta de conhecimento desta temática pelos enfermeiros e escassez bibliográfica relativa às intervenções de enfermagem. Num dos estudos em que existiu assistência de enfermagem (consulta de enfermagem; tratamento/educação; visitas escolas e domiciliárias; atendimento a pais) foi referido pelos pais a importância do enfermeiro. Nos Estados Unidos foi concluído que os Nurse Practitioners se encontravam em posição de assumir responsabilidade em cuidados primários, devendo ser-lhes oferecida formação específica na temática para serem prestados cuidados de qualidade às pessoas com autismo e família. Alguns artigos sugeriram intervenções de enfermagem muito centradas no modelo biomédico, baseadas no controlo dos sintomas da doença. Foi referida a importância da enfermagem na orientação à família. Foi referida a importância da aplicação pela Enfermagem de Instrumentos de deteção precoce. Foi notória a importância de uma colaboração multidisciplinar e reconhecida eficácia de algumas terapias comportamentais. Não existiram estudos que avaliassem os resultados da intervenção de enfermagem. Foi evidente a falta de artigos que abordassem a pessoa com autismo e sua família ao longo do ciclo de vital, como fase adulta e idosa e suas necessidades específicas.

**Conclusão:** Evidenciou-se o pouco conhecimento da Enfermagem na área da perturbação do espectro do autismo e das necessidades específicas destas pessoas e família, a escassez de intervenções de enfermagem e a inexistência de avaliação das mesmas. Atendendo aos diferentes tipos de transições vivenciadas pelas pessoas com autismo e sua família ao longo do ciclo vital é evidente a pertinência da atuação da enfermagem na deteção precoce, na implementação de intervenções face às suas necessidades e avaliação das mesmas através de indicadores de resultado.

### Referências bibliográficas:

- (1) BROWN, Amanda B.B., ELDER, Jennifer H. Communication in Autism Spectrum Disorder: A Guide for Pediatric Nurses. *Pediatric Nursing*. Sep-Oct 2014, Vol. 40, Nº 5, p.219-225
- (2) WILL, Denise, BARNFATHER, Janet, LESLEY, Marsha. Self-Perceived Autism Competency of Primary Care Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners – JNP*. Jun 2013, Vol. 9, nº 6, p. 350-355
- (3) JOLLY, Adriane A. Handle with care: Top Ten Tips a Nurse should know Before Caring for a hospitalizes child with autism Spectrum Disorder. *Pediatric Nursing*. Jan-Feb 2015, vol.41, nº1, p.11-22
- (4) NOGUEIRA, Maria A. A., RIO, Susana C. M.M. A família com criança autista: apoio de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Jun 2011, Nº5, p.16-21
- (5) VÉLASQUEZ, Maria C. G., GUERRA, Alfredo J.P., GUIL, Cecília R. Aplicación del Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) en centros de salud de atención primaria. *Enfermería clínica*. Jun 2014, Vol.18, nº 2, p. 60-65

*Palavras-chave:* Nursing; autism

## A esperança como um elemento significativo no cuidado de enfermagem ao doente com doença oncológica paliativa: Perspetiva dos enfermeiros

Andreia Filipa Pires Pacheco (30, 28)\*; Zaida Borges Charepe (51, 5)

\* *andrea.pires.pacheco@gmail.com*

**Introdução:** O doente oncológico paliativo sofre inúmeras perdas<sup>1;2</sup>, dando lugar ao sofrimento físico, psicológico e espiritual<sup>3;4</sup>. O sofrimento ultrapassa os limites físicos da doença, pelo que se torna imprescindível que os enfermeiros entendam a fonte de sofrimento, para que prestem cuidados que deem uma resposta integral às inquietações e medos do doente e família<sup>4</sup>. O enfermeiro deve alicerçar a relação terapêutica na individualidade da pessoa e adaptá-la às peculiaridades do processo de doença<sup>5;6;7</sup>, por forma a garantir a preservação da dignidade, ajudar no processo de adaptação e na promoção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa e família<sup>8</sup>. A pessoa mesmo numa situação paliativa necessita manter expectativas realistas, com delineamento de metas e objetivos realizáveis<sup>8;9;10;11</sup>, uma vez que a vai ajudar a lidar melhor com toda a situação<sup>8</sup>. A esperança em cuidados paliativos relaciona-se com o bem-estar psicoespiritual, com o encontrar sentido na vida, com metas orientadas para o futuro e uma atitude e conduta de esperança<sup>9;11</sup>. A promoção da esperança confere ao doente o sentido necessário para que continuem a viver, apesar de estar numa situação paliativa e/ou em fim de vida<sup>10;11</sup>.

**Objetivos:** Conhecer as significações da esperança no cuidar da pessoa com doença oncológica paliativa na perspetiva da equipa de enfermagem e compreender como os enfermeiros promovem a esperança junto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, a partir das suas significações sobre o conceito.

**Material e métodos:** A investigação é de natureza qualitativa, com uma abordagem exploratório-descritiva. A amostra populacional é constituída por 6 enfermeiros que trabalham num Hospital de Dia, de uma Instituição de cariz privado. Como técnica de colheita de dados utilizámos a entrevista semiestruturada. Para o tratamento dos dados recorreu-se à estatística analítica, utilizando a técnica da análise de conteúdo.

**Resultados:** O significado atribuído à esperança pelos enfermeiros relaciona-se com conceitos: viver o melhor possível, sentido na vida, qualidade de vida, acreditar e individualização dos cuidados. Os enfermeiros promovem a esperança através do controlo de sintomas, da satisfação das necessidades básicas, da valorização das conquistas, ao estabelecerem uma relação de ajuda, ao envolverem a família no processo de cuidados e também quando ajudam a pessoa no seu percurso e ainda a encontrar o sentido. Os enfermeiros identificam como elementos facilitadores da esperança: a tipologia do serviço, a dinâmica do trabalho, o percurso profissional, a disponibilidade e o bom ambiente de trabalho. E como elementos inibidores: a falta de recursos, a rotinização dos cuidados, a delegação de tarefas e a ausência de reflexão e de registos.

**Conclusão:** Os enfermeiros acreditam que a esperança é um elemento integrado e valorizado na prática dos cuidados de enfermagem, considerando-a mesmo como um elemento significativo dos cuidados.

### Referências bibliográficas:

- (1) Neto, Isabel Galriça. 2004. Para além dos sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In: A dignidade e o sentido da vida (NETO, I. G., AITKEN, H.-H. & PALDRÓN, T.), Pergaminho, Cascais.
- (2) Evans, Wendy G., Tulsy, James A., Back, Anthony L.; Arnold, Robert M. 2006. Communication at Times of Transitions: How to Help Patients Cope with Loss and Re-Define Hope. *Cancer Journal*. 12(pp. 417-424).
- (3) McClement, Susan E.; Chochinov, Harvey Max. 2008. Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*. 44(pp. 1169-1174).
- (4) Neto, Isabel Galriça. 2010. Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In: Manual de Cuidados Paliativos (BARBOSA, A. & NETO, I. G.), Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- (5) Ferreira, Luis Miguel, Santos, Célia; Bulcão, Emília. 2012. Emoções face ao diagnóstico de doença oncológica. *Oco.News*. 20 - Ano VI).

*Palavras-chave: Esperança; Doença Oncológica; Cuidados Paliativos; Enfermagem; Investigação Qualitativa*

## Cuidadores Familiares Idosos de Idosos com Dependência no Autocuidado

Ana Oliveira (25)\*; Tânia Helena (25); Tânia Costa (26, 51)

\* [ana.sofiaoliveira.1993@gmail.com](mailto:ana.sofiaoliveira.1993@gmail.com)

**Introdução:** O acréscimo da esperança média de vida e a prevalência de situações de cronicidade, coadjuvadas às alterações na estrutura e dinâmicas familiares fizeram emergir novas necessidades de saúde e sociais ampliando a incidência do fenómeno de idosos que cuidam idosos.

**Objetivos:** Identificar o perfil do idoso que assume o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados de outro idoso; Identificar as dificuldades, as estratégias e os recursos que o mesmo utiliza.

**Material e Métodos:** Estudo descritivo transversal, com membros da família prestadores de cuidados com idade superior a 65 anos que cuidam de um familiar com idade superior a 65 anos no domicílio. Os dados foram colhidos pela entrevista estruturada e analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences versão 22 para o Windows.

Resultados: Participaram 30 indivíduos, em média, com  $74 \pm 6,9$ anos (Min: 65; Max: 86), sendo a maioria cônjuges (N=18), do sexo feminino (N=23), casados (N=22) e com baixa escolaridade. Todos são independentes nas atividades de vida diárias enquanto nas atividades instrumentais de vida diária 10 têm dependência parcial e 3 severa. Registaram-se, em média, 3 doenças por indivíduo (Min:0; Max: 7), bem como, a toma de 4 fármacos/dia e 4,5 comprimidos/dia. Referem como principais dificuldades a exigência física (N=26), a ausência de apoio familiar (N=24) e a reduzida informação para gerirem os eventos críticos associados à saúde do recetor (N=22). Adotam como estratégias questionar as ajudantes de ação direta (N=30) e a assistente social (N=22) mas perante a agudização da condição de saúde do recetor a maioria recorre ao serviço de urgência (N=26). Quanto aos recursos da comunidade destacam o serviço de apoio domiciliário (N=30).

**Conclusão:** Os dados revelam característica do próprio, do recetor e do contexto no qual o cuidar se operacionaliza que contribuem para dificultar o exercício eficaz do papel, promovendo assim a ocorrência de problemas de saúde para os intervenientes na idade. De futuro, destaca-se a necessidade de ampliar a investigação de modo a aumentar o conhecimento acerca do fenómeno mas também de desenvolver instrumentos de avaliação/monitorização e programas de intervenção que potenciem cuidados continuados, personalizados, eficientes e eficazes.

*Palavras-chave:* Idoso; Envelhecimento; Cuidadores informais; Autocuidado; Sobrecarga

## Revisão Integrativa sobre a relação entre autonomia e a condição de ser idoso na literatura científica da enfermagem

Gisela Cataldi Flores (26, 57)\*; Sérgio Deodato (51, 5); Amélia Simões Figueiredo (51, 5)  
\* [gisela.cataldiflores@gmail.com](mailto:gisela.cataldiflores@gmail.com)

**Introdução:** Revisão integrativa da literatura de artigos científicos de enfermagem, estruturada em enquadramento conceitual, objetivo, método, resultados, conclusões.

Enquadramento conceptual de idoso e de autonomia: O conceito de idoso nos países desenvolvidos e em desenvolvimento integra pessoas com 65 ou mais anos e com 60 ou mais respetivamente. As pessoas têm igual dignidade, independente das características pessoais, do lugar social (1).

**Objetivo:** Analisar o conceito de “autonomia” do idoso disponível na literatura.

**Método:** Revisão integrativa percorridas seis etapas: identificação do tema, da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição da informação a extrair, categorização, avaliação, interpretação dos resultados, síntese do conhecimento disponível(2). Com o tema, estabeleceram-se critérios de inclusão: combinação das palavras-chave “Enfermagem and Idoso and Autonomia” nas bases MEDLINE e SCIELO, textos completos e resumos. Encontrou-se na MEDLINE 471 publicações; selecionaram-se aquelas com a expressão “autonomia pessoal”, emergindo 369 artigos. Entre 2004 e 2014, encontraram-se 181. Definiu-se novo critério de inclusão ao contemplar nos termos primários, autonomia pessoal incluiu-se 48. Na leitura da íntegra dos resumos excluíram-se as publicações referentes à “autonomia profissional”. Totalizaram-se 20, sendo o ano de maior publicação 2012, com cinco, após 2010, com quatro, 2005, 2006, 2011 e 2013, duas por ano e, 2007, 2008 e 2009, uma publicação por ano. Em 2004, não foram encontradas publicações.

**Resultados:** Destacam-se idosos hospitalizados, com algum grau de dependência, sendo os contextos de Atenção Primária pouco explorados. Identificaram-se dois eixos: A independência para o autocuidado como condicionante da autonomia pessoal do idoso. Emergiram questões relacionadas com dependência do idoso, perda da capacidade funcional com interferência na preservação da autonomia. A dependência desencadeia fragilidade para o autocuidado, especialmente nos idosos institucionalizados. Deve-se estimular a independência desses, para que se garanta a capacidade de autocuidar-se. (3) Considerando os interesses dos idosos, promove-se independência para decidir. É relevante o trabalho em equipa na Atenção Básica com conhecimento do perfil dos idosos, a enfermagem realizando o diagnóstico baseado nas necessidades destes, possibilitando autonomia para o autocuidado e independência, para as Atividades de Vida Diária. Para os idosos, apesar da dependência, a sua autonomia deve ser respeitada, o que sublinha que a independência garante a autonomia pessoal, e a dependência descaracteriza. Cuidar do idoso centrado na comunicação interpessoal favorece o vínculo. O enfermeiro realizando ações de educação em saúde e consulta de enfermagem possibilita preservação da autonomia e vivência da velhice com independência. A autonomia pessoal para garantir a dignidade do idoso. O incentivo à autodeterminação, por via da negociação entre cuidador e idoso, promove a tomada de decisão e a dignidade. Os enfermeiros devem conhecer o conceito de autonomia que difere em função do lugar em que os idosos se encontram. (4,5) Os idosos relacionam dignidade com preservação da privacidade, cuidado com corpo, na possibilidade de exercer controle, com cuidado profissional. A relação cuidador-paciente perpassa pela assistência digna, respeitando às singularidades. A falta de informação sobre os direitos dos idosos fragiliza a autonomia e dignidade e faz entender o cuidado como favor e não como direito. Estes reconhecem a informação recebida pelos profissionais insuficiente, sentem-se amparados, acolhidos a partir do conhecimento adquirido.

**Considerações finais:** As publicações revelam idosos hospitalizados, em Instituições de Longa Permanência, vulneráveis pelas doenças e de afastamento do contexto de vida. A enfermagem exerce funções em hospital, Instituição de Longa Permanência, Unidade Básica de Saúde, domicílio, grupos e nestas últimas com pouca expressão na literatura.

### Referências:

- (1) Serrão D. Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto Editora, 1998.
- (2) Ercole FF, Melo LS., Alcoforado CLGC. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática, vol18.1, 2014.
- (3) Marinho LM, Vieira MA, Andrade JMO, Costa SM. Grau de dependência de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2013; 34(1):104-10.
- (4) Rodgers V, Werford C, Murphy, K, Frauenlob, T. Promoção da autonomia em idosos em cuidados residências: quais os fatores que o afetam? Revista Internacional de Enfermagem sobre pessoas mais velhas. 2012; 7(1):70-4.
- (5) Werford C, Murphy K, Rodgers V, Frauenlob T. Autonomia para idosos nos cuidados residenciais: uma revisão de literatura, Revista Internacional de Enfermagem sobre pessoas mais velhas. 2012; 7(1):65-9.

*Palavras-chave:* Enfermagem; Idoso; Autonomia; Independência; Autocuidado



## As dotações de enfermeiros e os eventos adversos – uma análise do impacto

Nelson Emidio Henrique Guerra (26, 19)\*; Élvio Henriques de Jesus (51, 5); Margarida M Vieira (51, 5)  
\* nelguerra21@gmail.com

**Introdução:** A Enfermagem, no contexto das profissões da saúde, é a que assume maior proximidade nos cuidados. A sua formação científica, humana e holística fornece-lhe os saberes e as competências mais adequadas para uma resposta efetiva e próxima do cidadão, desde a promoção da saúde e prevenção da doença até à sua reintegração na sociedade.

O reconhecimento objetivo e claro da necessidade de recursos humanos de enfermagem, ou melhor dito, de dotações de enfermeiros nos serviços de saúde, deverá ser tido como uma garantia da qualidade e da segurança clínica dos cuidados prestados.

**Objectivos:** Propomos analisar em profundidade as dotações de enfermagem utilizadas num grupo de hospitais com o SCD/E implementado, com especial interesse nos serviços / unidades de Medicina, Cirurgia Geral e Ortopedia, por serem as valências comuns aos 17 hospitais que integram o estudo

Este estudo tem por objetivo analisar associação entre as dotações de enfermeiros e a ocorrência de alguns eventos adversos (úlceras por pressão, infeção do trato urinário, pneumonia, infeção ferida operatória, a mortalidade e a demora média.

**Material e métodos:** A metodologia utilizada contempla uma análise retrospectiva dos registos do SCD/E, no que concerne a HCN/DI e HCP/DI e utilização da equipa de enfermagem. Os dados dos GDH, no referente aos registos dos diagnósticos de saída, dos doentes com alta processada, referentes ao período entre 01 de Janeiro de 2011 e 31 de Dezembro de 2013, dos 17 hospitais que integram o estudo.

Foram disponibilizados pela ACSS os registos do SCD/E e pela DGS os dados referentes aos GDH. Foi construída uma base de dados de referência ao dia e ao doente por agregação nas variáveis “Data de Nascimento”, “Hospital” e “Serviço” por forma a identificar o mesmo individuo nas duas bases.

**Resultados:** O nosso estudo focou-se sobre uma amostra composta por 586183 registos diários referentes a 102577 indivíduos, sendo 52,7% mulheres e 47,3% homens. A média etária é de 65,6 anos, sendo de 59,9 anos nos serviços de cirurgia, de 72.9 nos serviços de medicina e de 61.9 nos serviços de ortopedia.

A duração média do internamento foi de 7,3 dias na cirurgia, de 10,8 dias na medicina e de 9,4 na ortopedia.

O resultado do nosso estudo mostra que na generalidade das situações existe associação entre a dotação dos enfermeiros e os resultados obtidos nos doentes, verificando-se ainda que existe um défice de cerca de 2.0 horas de cuidados, por cada doente, face à média de HCN/DI.

Os dados do estudo apresentam ainda uma correlação franca entre o Def/DI (défice de horas cuidados por doente) e a duração do internamento, demonstrando que quanto menor for esse défice menor é o internamento.

**Conclusão:** Podemos concluir pela amostra estudada que existe uma forte evidência científica na associação entre as dotações de enfermeiros e os resultados observáveis nos doentes, e que esses resultados são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Podemos assim afirmar que os resultados obtidos evidenciam que a dotação de enfermeiros está associada à segurança dos doentes, em particular no que se refere a demora média de internamento ou com a mortalidade hospitalar ajustada ao risco, pelo que deverão sustentar alterações no modelo de gestão dos recursos humanos de enfermagem de forma a assim contribuir directamente para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde

### Referências:

- (1) AIKEN, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., et al. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. Health Services Research, Publicado em Abril, 2010.
- (2) AMERICAN NURSES ASSOCIATION. 2009. “Safe Nurse Staffing Laws In State Legislatures”, Acedido Em 22 De Março De 2010, acedido em <http://www.safestaffingsaaveslives.org/whatisanadoing/statedelegation.aspx>
- (3) BOLTON L, Aydin C, Donaldson N, et al. Mandated Nurse Staffing Ratios in California: A Comparison of Staffing and Nursing-Sensitive Outcomes Pre- and Postregulation. Policy, Politics & Nursing Practice [serial online]. November 2007;8(4):238-250. Acedido em 25 de Abril de 2010, através do Academic Search Complete, Ipswich, MA
- (4) COSTA, C e Lopes, S, Avaliação do Desempenhos Hospitais Publicos em Portugal Continental, ENSP/UNL, 2005
- (5) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – Dotações Seguras Salvam Vidas, Brochura do Dia Internacional do Enfermeiro – 2006, edição da Ordem dos Enfermeiros – Lisboa, 2006

*Palavras-chave:* dotações; racios; nurse staffing; eventos adversos; SCD/E

## A tomada de decisão e a autonomia no ensino clínico de Enfermagem

Ana Leão (28)\*; Armando Almeida (51, 26)

\* [anaclauleao@hotmail.com](mailto:anaclauleao@hotmail.com)

**Introdução:** A tomada de decisão do estudante de enfermagem, em contexto clínico, reflete as suas competências cognitivas, capacidades técnicas e disposições afetivas; reconhece-se o papel da escola na aprendizagem e desenvolvimento dessas competências.

**Objetivo:** No sentido de perceber o que influencia o processo de tomada de decisão dos estudantes de enfermagem, em contexto de ensino clínico, realizamos a seguinte questão: Que fatores promovem o desenvolvimento de competências, capazes de ancorar a tomada de decisão dos estudantes, nos modelos expostos pela disciplina de enfermagem?

**Metodologia:** Optamos por realizar uma revisão bibliográfica utilizando as palavras-chave: Enfermagem; Tomada de decisão; Ensino clínico. Recorremos a base de dados on-line, publicações, bibliotecas digitais e repositórios de universidades. Para a seleção dos estudos definiram-se como critérios de inclusão: artigos científicos, teses ou dissertações escritas em Portugal, restritos ao período de 2004-2014 e considerados pertinentes para a revisão bibliográfica.

**Resultados:** Dos 16 documentos encontrados, selecionamos 1 dissertação de mestrado, 2 tese de doutoramento em Enfermagem e 7 artigos, num total de 10 estudos.

**Conclusões:** Os estudos demonstram que a orientação e supervisão dos estudantes de Enfermagem em ensino clínico são de especial importância no que refere-se à tomada de decisão. Assim, a escola é responsável pela formação dos estudantes de enfermagem no sentido de construir saberes, normas e valores em ambientes autónomos e responsáveis, que aproximem a teoria da prática e orientem a profissão para uma Enfermagem Avançada.

### Referências Bibliográficas:

- (1).CUNHA, Madalena. Atitudes do enfermeiro em contexto de Ensino Clínico: Uma revisão da literatura. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu, Nº38, Viseu, 2010;
- (2).MESTRINHO, Maria. Papéis e competências dos professores de Enfermagem. Revista Pensar Enfermagem [online]. Vol.12, nº2, 2º semestre, 2008;
- (3).SILVA, Daniel. O ensino clínico na formação de Enfermagem. Millenium – Escola Superior de Enfermagem de Viseu, Nº30, Viseu, 2004;
- (4).SILVA, Margarida, et al. Modelo conceptual versus “Modelo oculto” para a (na) prática da Enfermagem. Revista Pensar Enfermagem [online]. Vol.12, nº2, 2º semestre, 2008.
- (5).SILVA, Maria. Intenções dominantes nas conceções de Enfermagem. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2011;

*Palavras-chave: Enfermagem; Tomada de Decisão; Ensino Clínico*

## Relevância do Estímulo Cognitivo em Contexto Comunitário

Mónica Monteiro (28)\*; Armando Almeida (51, 26)

\* *m.s.monteiro@hotmail.com*

**Introdução:** A evidência científica demonstra que atividades de estimulação cognitiva influenciam positivamente a cognição, melhorando a autonomia dos idosos e servindo de profilaxia contra o aparecimento de demências. (1) Determinando assim a relevância da intervenção da enfermagem a nível da cognição.

**Objetivo:** Avaliar a eficácia da estimulação cognitiva na evolução da cognição dos idosos em contexto comunitário.

**Metodologia:** Estudo experimental, com avaliação pré e pós estimulação cognitiva, recorrendo à utilização do Mini Mental State Examination (2), com incidência na orientação, retenção e evocação. Inicialmente foi realizada a avaliação Montreal Cognitive Assessment III (2) como um instrumento breve de rastreio para o défice cognitivo ligeiro a fim de definir a população alvo para as sessões de estimulação cognitiva.

Estudo aplicado a uma amostra de 11 idosos em contexto de centro de dia, sendo um homem e dez mulheres, com idade média de 81,91 anos e escolaridade média de 2 anos.

O grupo foi sujeito a 13 sessões de estimulação cognitiva,

**Resultados:** As médias do Mini Mental State Examination mostram que houve uma melhoria dos scores totais e também a nível da evocação e da orientação após a estimulação cognitiva, mantendo-se inalterado o score da retenção. As melhorias nos scores foram superiores para os idosos que participaram em mais sessões.

Os idosos da população alvo que não frequentaram as sessões, comparativamente aos que participaram, não demonstraram aumento do score do Mini Mental State Examination.

O teste T para amostras emparelhadas não apresentou significância estatística relevante entre o teste pré e pós estimulação cognitiva.

**Discussão e Conclusões:** Pode concluir-se que a estimulação cognitiva contribui positivamente para a melhoria da cognição na população idosa, fomentando a importância da sua prática enquanto intervenção de enfermagem comunitária.

Contudo, será de extrema relevância aprofundar este estudo, com base em amostras populacionais mais extensas.

### Referência:

(1) Apóstolo, J. L. Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. s.l. : Revista de Enfermagem Referência III Série - nº5, 2011.

(2) Apóstolo, João Luís Alves. Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Maio 2012.

*Palavras-chave: Cognição; Estimulação; Idoso*

## Autoeficácia no trabalho de parto

Ana Paula Prata (21, 26)\*; Célia Santos (21); Margarida Reis Santos (21)  
\*prata@esenf.pt

**Introdução:** O conceito de autoeficácia tem provado ser um constructo versátil e heurístico, sendo estudado em contextos variados, inclusive em saúde. A crença de autoeficácia é uma crença pessoal na capacidade de dominar as adversidades. Envolve competências técnicas necessárias à execução de um comportamento, influenciando-o através dos efeitos nas escolhas de procedimentos alternativos, do esforço despendido, da ativação face às condições e da persistência face às dificuldades. A autoeficácia foi discutida e aplicada em muita investigação sobre confiança materna e resultados no parto. Diversa pesquisa efetuada, associou o aumento da confiança materna com uma experiência de menos dor durante o trabalho de parto e parto (Crowe & Baeyer, 1989).

**Objetivos:** identificar o nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto das grávidas; analisar a relação entre a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto e as variáveis idade, experiência anterior de parto e grau de escolaridade.

**Material e Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, de cariz quantitativo. Recolha de dados efetuada com recurso ao Questionário de Autoeficácia no Trabalho de Parto, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, numa instituição hospitalar da região norte do país. Amostra constituída por 246 grávidas, com mais de 28 semanas de gestação e com 20 ou mais anos de idade.

**Resultados:** As participantes eram maioritariamente portuguesas (96.3%, n=237), tinham uma idade que variava entre os 20 e os 41 anos, média 31.33 anos (DP=4.41). A maioria (72.0%, n=177) era casada ou vivia em união de facto, tinha frequência do ensino superior (57.3%, n=141), era primigesta (77.2%, n=190) e não tinha experiência anterior de parto (89%, n=219). Quanto ao nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, as grávidas apresentavam uma expectativa de resultado e de autoeficácia com uma pontuação média de 16.84 (DP=1.82) e de 14.71 (DP=3.13), respetivamente. As expectativas de resultado e de autoeficácia estão correlacionadas de forma extremamente significativa ( $p < 0,001$ ), positiva e moderada. A idade não apresentou relação estatisticamente significativa com as expectativas de resultado e de autoeficácia. O grau de escolaridade só apresentou diferenças significativas com as expectativas de autoeficácia, tendo o teste Kruskal-Wallis revelado que os três grupos diferiam entre si de forma muito significativa (KW=12.54,  $p < 0.01$ ). As participantes com o ensino básico apresentavam um valor médio de expectativas de autoeficácia (M=15.62, DP=3.21) superior ao das participantes com o ensino secundário e com o ensino superior.

Verificou-se, também, haver uma diferença muito significativa no que diz respeito às expectativas de resultado (U=4.02,  $p < 0.01$ ) e uma diferença significativa nas expectativas de autoeficácia (U=3.793,00,  $p < 0.05$ ) entre as mulheres com e sem experiência anterior de parto: as mulheres com experiência de parto apresentavam uma mais alta expectativa de resultado e de autoeficácia.

**Discussão:** As expectativas de autoeficácia e as expectativas de resultado estão, habitualmente, positivamente correlacionadas (Bandura, 1981), facto que se confirmou com este estudo, pois verificou-se que quanto mais altas eram as expectativas de resultado, mais altas eram as expectativas de autoeficácia. Comprovou-se, ainda, que as grávidas com experiência de parto apresentaram valores mais altos de expectativas de resultado e de autoeficácia, resultados que corroboraram os de vários autores (Lowe, 1993; Howharn, 2008) que verificaram que a experiência anterior predizia estas expectativas. Quanto à relação entre o grau de escolaridade e as expectativas de autoeficácia, concluiu-se que as grávidas com o ensino básico tinham uma mais elevada expectativa de autoeficácia, e as participantes com o ensino superior uma mais baixa expectativa.

**Conclusão:** O enfermeiro de saúde materna e obstétrica deverá conhecer a experiência anterior de parto da grávida e as suas expectativas de autoeficácia e de resultado, pois são, respetivamente, um importante determinante da autoeficácia e preditoras da perceção e do controlo da dor de trabalho de parto. Este conhecimento promove a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação das mulheres com a experiência de parto.

### Referências bibliográficas:

- (1) Bandura, A. (1981). Self-referent thought: a developmental analysis of self-efficacy. In J. H. Favel, & L. Ross, Social cognitive development: Frontiers and possible futures. New York: Cambridge University Press
- (2) Crowe, K., & Baeyer, C. von (1989). Predictors of a positive childbirth experience. *Birth*, 16 (2), 59-63
- (3) Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labour: Development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing and Health*, 16, 141-149
- (4) Howharn, C. (2008). Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in thai primiparas. University of Texas. USA

*Palavras-chave:* Autoeficácia; Trabalho de Parto; Enfermagem

## Intervenções de enfermagem na pessoa com dor músculo-esquelética: Estado da Arte

Bruno Soares (26, 11)\*; Luís Sá (51, 5); Raquel Fonseca (28, 16)

\* [brunomgsoares@gmail.com](mailto:brunomgsoares@gmail.com)

**Introdução:** A dor músculo-esquelética apresenta especial relevância pelo impacto que tem em centenas de milhares de pessoas a nível mundial, com significações ao nível da pessoa, família, cuidadores e organizações. É descrita como a experiência de dor mais prevalente a nível mundial. Pode manifestar-se de diversas formas, desde um início agudo e de curta duração a permanência crónica. A enfermagem, sendo a profissão que tem por objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível, tem um papel preponderante na atuação ao nível desta problemática, tanto ao nível do controlo de sintomas, como ao nível do impacto na família, nos cuidadores e na sociedade.

**Objectivo:** Analisar as intervenções de enfermagem na pessoa com dor músculo-esquelética de acordo com o core da International Association of the Study of Pain.

**Materiais e métodos:** Foi realizada revisão sistemática utilizando a metodologia PICO, utilizando pesquisas nas bases de dados Lilacs, Pubmed, b-on, através da EBSCO CINAHL, Medline, Nursing&Allied Health Collection, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Database of Systematic Reviews, Information Science&Technology Abstracts, MedicLatina e Health Technology Assessments, com as palavras-chave nursing, intervention, pain, musculoskeletal, no intervalo de 2005-2015. Obtiveram-se 199 artigos. Após leitura de título e resumo excluíram-se 196 artigos por se encontrarem repetidos ou por não fazerem referência a intervenções de enfermagem ao nível da dor. Inclui-se bibliografia adicional da International Association of the Study of Pain.

**Resultados e discussão:** A International Association of the Study of Pain é considerada pela OMS uma entidade perita na área da dor músculo-esquelética, apresentando recomendações na abordagem desta problemática. Orienta para uma abordagem multidisciplinar, com programas de exercício aeróbico, de fortalecimento e alongamento muscular, mobilização, manipulação, massagem, compressão isquémica, libertação miofascial, pinçamento de pontos-gatilho, uso de talas e orteses, uso de AINES, redução da carga de trabalho e aumento de repouso, controlo de stress e intervenção cognitivo-comportamental, terapia com laser, estimulação transcutânea, ultra-sons, calor, gelo e acupuntura. Faz referência ao facto de não existir evidência de que o tratamento farmacológico seja efetivo. As intervenções de enfermagem na abordagem na pessoa com dor músculo-esquelética encontradas foram: musicoterapia; ginástica laboral (incluindo alongamentos, mobilizações e exercícios respiratórios de relaxamento); intervenção educacional ao nível da dor (ensinos sobre a dor, estratégias de coping e exercícios respiratórios). Verificou-se a presença de uma intervenção de enfermagem com impacto positivo não prevista pela International Association of the Study of Pain, contribuindo desta forma com uma intervenção na abordagem à pessoa com dor músculo-esquelética (musicoterapia).

**Conclusão:** Concluiu-se que as intervenções de enfermagem na dor músculo-esquelética apresentam-se em número reduzido, atendendo às recomendações enumeradas pela International Association of the Study of Pain. Verificou-se que a atuação de Enfermagem no âmbito da dor músculo-esquelética necessita de desenvolvimento de intervenções e investigação.

### Referências:

- (1) International Association for the Study of Pain, Musculoskeletal Pains, 2009; FREITAS, Fabiana Cristina Taubert de. A ginástica Laboral na redução de queixas de estresse ocupacional e dor osteomuscular em funcionários administrativos de uma universidade pública. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Ribeirão Preto 2011
- (2) LEÃO, Eliseth R, SILVA, MariaJP. The relationship between music and musculoskeletal chronic pain. Online Brazilian Journal of Nursing, Abril 2005
- (3) WONG, Eliza ML, CHAN, Sally WC, CHAIR, Sek-Ying. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. Journal of Advanced Nursing, May 2010, Volume 66, Issue 5, pages 1120–1131
- (4) Decreto-Lei nº 161/96 (1996, 04 de Setembro). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República nº 205, Série I-A

*Palavras-chave: intervenções; enfermagem; dor; músculo-esquelética*

## Saúde 24 (808 24 24 24) – números da atividade

Sérgio David Lourenço Gomes (26, 19)\*; Sérgio Joaquim Deodato Fernandes (51, 5)  
\* [sergio.dl.gomes@gmail.com](mailto:sergio.dl.gomes@gmail.com)

**Introdução:** O Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde, adiante designado Saúde 24, é um serviço do Ministério da Saúde que, desde o início da sua atividade em 25 de Abril de 2007, facilita o acesso aos cuidados de saúde dos utentes do Serviço Nacional da Saúde. O atendimento é realizado em tempo real e está acessível ao cidadão nas 24 horas, todos os dias, pelo número único nacional 808 24 24 24. É um serviço de acesso universal, centrado no utente e num formato multicanal (telefone, Web, correio eletrónico e fax) que se deseja ser, cada vez mais, a porta de entrada no Sistema. Com pólos de atendimento em Lisboa e Porto tem, como único contacto, enfermeiros com mais de 2 anos de experiência profissional e formação para avaliar o nível de risco de sintomas, aconselhar e encaminhar os utentes com base em algoritmos reconhecidos internacionalmente. Foi concebido como um serviço de apoio à prestação de cuidados de saúde. Nesta comunicação livre pretendemos caracterizar a atividade deste serviço, avaliando alguns indicadores. Este estudo surge como uma primeira etapa do planeamento do projeto de investigação que pretendemos situar nesta área do atendimento telefónico de enfermagem.

**Objectivos:** Caracterizar a atividade do Saúde 24 segundo a tipologia de procura, a orientação/encaminhamento e o potencial de mudança de intenção dos cidadãos no recurso às urgências hospitalares após avaliação dos sintomas.

**Material e métodos:** Os dados do atendimento efetuado pelo Saúde 24 incluem informação de sete (7) anos de atividade entre 2007 e 2013. Da interação do cidadão com os enfermeiros resulta uma avaliação clínica (sintomas para o serviço de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento (TAE) ou de Saúde Pública) ou necessidade de informação geral de saúde. Estes dados encontram-se registados na plataforma informática do serviço.

O presente estudo analisou estes dados, relativamente aos seguintes indicadores: tipologia de procura; orientação/encaminhamento; o potencial de mudança de intenção dos cidadãos no recurso às urgências hospitalares após avaliação dos sintomas.

**Resultados:** De 2007 a 2013, verifica-se uma evolução positiva passando de 471.510 para 691.367 contactos. Tem uma taxa de eficácia do atendimento (chamadas atendidas/chamadas recebidas) de 95%, acima do previsto contratualmente o que é relevante porque o atendimento é em tempo real. Fora do período pandémico (1.297.685 contactos atendidos), a atividade foi mais elevada em 2012 com 763.491 contactos.

Os destinatários do atendimento são maioritariamente jovens até aos 14 anos e adultos da faixa etária dos 25 a 44 anos. Destaca-se o aumento e estabilização na procura para utentes com mais de 65 anos, desde 2012, nos 13%. O tipo de serviço mais utilizado é a TAE que representa mais de 75% da atividade. A orientação/encaminhamento tem originado transferência de chamada para o INEM ( $\bar{x}$  4%), indicação para serviços de urgência hospitalar –UH - ( $\bar{x}$  19%), consulta médica CSP ( $\bar{x}$  46%) e autocuidado ( $\bar{x}$  30%). No final da chamada, é colocada a questão “O que faria se não existisse o Centro de atendimento?”. Comparando a intenção inicial com o encaminhamento para os serviços de urgência hospitalar, estima-se um desvio superior a 50% dos utentes com intenção inicial de UH. A avaliação da satisfação dos utentes, realizada por entidade reconhecida e externa, é de 98%, com uma notoriedade de 95%.

**Conclusão:** Os resultados mostram que o Saúde 24 não só tem gerado confiança nos cidadãos (expresso no aumento anual da procura) como a avaliação em TAE tem referenciado menos utentes para a UH, em linha com os objetivos previstos. Também se verifica um potencial de capacitação dos utentes com orientação para autocuidados e apoio com chamadas de seguimento, que é muito valorizado.

Também se confirma o potencial de otimização e racionalização dos recursos pela alteração de comportamento dos utentes quando utilizam o Saúde 24 antes de se dirigirem aos serviços de urgência hospitalar, o que perspetiva o potencial do centro de atendimento para reduzir a procura desnecessária, induzindo a uma procura mais racional dos serviços de saúde, com ganhos de eficiência.

### Referências:

- (1) Call Center e Satisfação: <http://www.rose-hulman.edu/Users/faculty/williams/Public/PDF%20Files/41.pdf> acedido em 05 abril de 2015
- (2) Parra, F: “Saúde 24, o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde” in Monteiro, M.H. et all (2007): “Telemedicina – Onde estamos e para onde vamos”. Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação, Capítulo 3, páginas 103-111.
- (3) Telehealth: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3874> acedido em 05 abril de 2015  
Telehealth:[http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/120622\\_impact\\_of\\_telehealth\\_on\\_us\\_e\\_of\\_hospital\\_care\\_and\\_mortality.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/120622_impact_of_telehealth_on_us_e_of_hospital_care_and_mortality.pdf) acedido em 05 abril de 2015
- (4) Telenursing: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2687/?report=reader#!po=25.0000> acedido em 05 abril de 2015

*Palavras-chave:* Telenfermagem; aceitação pelo utente de cuidados de saúde; serviços de saúde; satisfação dos utentes

## Indicadores de qualidade em enfermagem

Luciana Alves de Mesquita Leite (28, 38)\*; Armando Almeida (51, 26)

\* *lamesquit@gmail.com*

Para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, a gestão de enfermagem tem-se demonstrado fundamental, contribuindo para o desenvolvimento da qualidade assistencial, seja como agente regulador, ou como avaliador, identificando critérios, indicadores e padrões de qualidade no serviço e no trabalho científico da enfermagem. Nessa ótica, os Indicadores de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem são ferramentas para mensurar, comparar e padronizar a qualidade. Pretende-se, com este estudo, identificar contextos onde os enfermeiros orientam a sua prática com base em indicadores que medem a qualidade dos cuidados de enfermagem e avaliar a importância do seu uso para nortear novos rumos para a investigação disciplinar. Foi feita uma revisão da literatura, após pesquisa no motor de busca B-on, com as palavras chave Indicadores de qualidade, enfermagem, Indicadores do serviço; selecionaram-se artigos em idioma português, referentes aos últimos 5 anos (01/01/2010 a 31/12/2014). Nos dados disponíveis foram identificados conceitos, características, aplicabilidades, formas de análise e resultados, descritos para chegar a indicadores de excelência. Conclui-se que, poucos estudos utilizam os Indicadores de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para limitações de riscos, método de transformação em avanço para a disciplina e investigações para novos padrões de acreditação à enfermagem e discute-se a importância do seu uso.

### Referências bibliográficas:

- (1) LABBADIA, LL et al., Sistema informatizado para gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem do Hospital São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2011, 45(4): 1013-1017. ISSN 0080-6234.
- (2) VIEIRA, APM, Kurcgant, P, Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. Acta Paulista de Enfermagem 2010, 23(1): 11-15.
- (3) SANTOS, CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. Revista Gaúcha de Enfermagem 2013, 34(1):111-118.

*Palavras-chave: indicadores de qualidade em assistência à saúde; enfermagem; indicadores de serviço; administração em enfermagem; administração de recursos humanos*

## Capacidade para o Trabalho dos Professores de Enfermagem

José Hermínio Gomes (20, 26)\*; Carlos Fernandes da Silva (52); Arménio Guardado Cruz (20)

\* [herminio@esenfc.pt](mailto:herminio@esenfc.pt)

**Introdução:** Nas últimas décadas temos assistido a um conjunto de intensas mudanças no mundo do trabalho, associadas a dinâmicas abrangentes de globalização e reestruturação económica, refletindo-se na exigência de flexibilização e no aumento da precariedade e insegurança do emprego. Desenvolveram-se novos modelos de organização e gestão do trabalho, com um crescente recurso a tecnologias de informação e comunicação.

A dimensão do trabalho assume um lugar de destaque determinante na qualidade de vida do trabalhador relacionado com a organização de tempo, obtenção de recursos económicos e de construção identitária da personalidade, como elementos estruturantes da vida dos indivíduos.

A Capacidade para o Trabalho (work ability) é definida como a autoavaliação que o trabalhador faz do seu bem-estar no presente e no futuro próximo e da capacidade para assegurar o seu trabalho, tendo em conta as exigências do mesmo, a saúde e os recursos psicológicos disponíveis (Ilmarinen, 1991;1991a; 1991b; Ilmarinen & Tuomi, 1993; Silva et al., 2000; Schabracq et al., 2001). A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), está diretamente relacionada à satisfação e ao bem-estar do indivíduo na execução de suas tarefas, é indispensável à produtividade e à competitividade, sem as quais uma organização não sobrevive ao mercado. Segundo Fernandes (1996).

**Objetivos:** Os principais objetivos que pretendemos avaliar são: Avaliar o ICT e a QVT dos professores de enfermagem. Relacionar o ICT e a QVT com as variáveis sociodemográficas dos professores em estudo e características organizacionais. Correlacionar as dimensões do ICT e QVT.

**Material e Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, observacional, do tipo descritivo-correlacional de nível II. Amostra constituída por 183 professores de Enfermagem em Portugal. Recolha de dados realizada por questionário de autopreenchimento, com recurso à Escalas de Índice de Capacidade de Trabalho e Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale.

**Resultados; Discussão e Conclusões:** Verificamos que a maior parte dos professores em estudo (45,4%) tem uma moderada capacidade para o trabalho, seguindo-se 43,7% que essa capacidade é boa. A análise da QVT por dimensões verifica-se que “bem-estar/satisfação no trabalho” o valor verificado ( $=30,23\pm 5,46$ ) é elevado se tivermos em conta o máximo possível (40), o mesmo se verifica na dimensão “relação casa/trabalho” ( $=32,19\pm 6,09$ ) e no “controlo no trabalho” ( $=15,08\pm 2,54$ ). A dimensão “stress no trabalho” o valor médio verificado ( $=5,68\pm 2,02$ ) é cerca de metade do máximo possível, logo percebem um nível elevado de stress no trabalho. O cálculo das médias ponderadas, em todas as dimensões e no global (mínimo de 1 e um máximo de 5), constatamos que é em relação ao “bem-estar/satisfação no trabalho” que os professores percebem maior qualidade de vida relacionada com o trabalho ( $=3,77\pm 0,68$ ), seguindo-se a dimensão “relação casa trabalho” ( $=3,58\pm 0,68$ ). O “stress no trabalho” onde se verifica o valor médio mais baixo ( $=2,34\pm 1,01$ ), assim, é onde os professores se encontram menos satisfeitos com a sua qualidade de vida relacionada com o trabalho. Ao relacionarmos a QVT percebida pelos professores, com a sua capacidade para o trabalho (correlação de Spearman), observa-se uma tendência para a capacidade para o trabalho se correlacionar positivamente com a qualidade de vida relacionada com o trabalho, no global da escala e em todas as suas dimensões. Podemos então concluir que a maior parte dos professores em estudo (45,4%) tem uma moderada capacidade para o trabalho, seguindo-se 43,7% que essa capacidade é boa. O “stress no trabalho” é onde os professores se encontram menos satisfeitos com a sua qualidade de vida relacionada com o trabalho. Consoante maior é a capacidade para o trabalho dos professores maior é a sua qualidade de vida relacionada com o trabalho.

*Palavras-chave:* Capacidade para o Trabalho; Qualidade de Vida; Professores; Enfermagem; Trabalho



## Saúde 24 (808 24 24 24) - avaliação do impacto na redução do recurso às urgências hospitalares

Sérgio David Lourenço Gomes (26, 19)\*; Andreia Jorge Silva (26, 19); Paulo Jorge Nogueira (19); Nelson Guerra (26, 19)

\* [sergio.dl.gomes@gmail.com](mailto:sergio.dl.gomes@gmail.com)

**Introdução:** O Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde, adiante designado Saúde 24, tem-se revelado um importante instrumento de apoio na prestação de cuidados de saúde, ampliando e melhorando o acesso aos serviços de saúde através do encaminhamento dos utentes para as instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) mais adequadas. O atendimento é realizado por enfermeiros, em tempo real, e está acessível ao cidadão nas 24 horas, todos os dias, pelo número único nacional 808 24 24 24.

O contacto do utente para o Saúde 24 permite a orientação para o prestador mais adequado à situação, traduzindo-se em ganhos para o Utente e para o SNS. No módulo Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento (TAE) é avaliada a gravidade dos sintomas apresentados pelo utente e identificado o nível de cuidados de saúde mais apropriados à sua situação no momento. Para o efeito, estão disponíveis 118 algoritmos clínicos, reconhecidos internacionalmente. Como aconselhamento, é fornecida informação sobre sua situação clínica e as medidas a adotar para a melhoria do seu estado de saúde, atenta a sua condição no momento e em função do resultado da triagem clínica. Pode originar um encaminhamento que completa a orientação fornecida com a identificação da instituição ou serviço da rede de prestação de cuidados de saúde do SNS mais adequado à resposta, de acordo com os Protocolos de Encaminhamento estabelecidos. Quando aplicável, é enviada notificação ao serviço prestador da possível chegada do utente. Nesta comunicação livre pretendemos caracterizar a atividade deste serviço, avaliando alguns indicadores que resultam da intervenção de enfermagem. Este estudo surge como mais uma etapa do planeamento do projeto de investigação que pretendemos situar nesta área do atendimento telefónico de enfermagem e do seu impacto na saúde das pessoas e no SNS.

**Objectivos:** Avaliar a mudança de intenção dos cidadãos traduzida pela redução efetiva de recurso às urgências hospitalares (UH) que decorre do aconselhamento de enfermagem após avaliação dos sintomas.

**Material e métodos:** O presente estudo enquadra-se numa abordagem quantitativa e descritiva. Foi efetuada a validação da presença do utente na UH, comparando-se com a intenção inicial manifestada no momento do atendimento telefónico.

No estudo consideram-se todas as chamadas de 1 de maio a 31 de julho de 2014 (3 meses), cujo registo de identificação na plataforma informática do serviço apresentava número de utente do SNS e avaliação algorítmica com disposição final (DF) efetiva.

**Resultados:** Das 48.735 chamadas, 23.819 (48,9%) resultaram em indicação de UH, ou seja, tiveram correspondência com a manifestação de gravidade da autoavaliação.

Em 24.916 (51,1%) chamadas de utentes o encaminhamento não foi para UH e 18.899 (39%) utentes não foram mesmo à UH. Destes, quase 50% (9.376) ficaram em autocuidados.

Dos restantes utentes, salienta-se que mesmo sem indicação de observação urgente 285 deslocaram-se e foram observados.

**Conclusão:** Os dados indicam que dos 24.916 (51%) utentes com intenção de UH mas sem encaminhamento após avaliação clínica de enfermagem, 24.631 (50,5% do total) utentes foram efetivamente desviados dessa intenção inicial, não se encontrando registo de observação na UH. Evidencia-se assim a alteração de comportamento dos utentes, após utilizarem o Saúde 24 antes, com implicações efetivas na redução de idas desnecessárias ao SU, induzindo a procura mais racional dos serviços de saúde, com ganhos de eficiência.

Este estudo confirma estudos anteriores que demonstram que o atendimento telefónico tem impacto acentuado na redução de idas às urgências hospitalares que se revelam evitáveis após intervenção de enfermagem por telefone.

### Referencias:

(1) Call Center e Satisfação: <http://www.rose-hulman.edu/Users/faculty/williams/Public/PDF%20Files/41.pdf> acedido em 05 abril de 2015

(2) Parra, F: "Saúde 24, o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde" in Monteiro, M.H. et all (2007): "Telemedicina – Onde estamos e para onde vamos". Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação, Capítulo 3, páginas 103-111.

(3) Telehealth: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3874> acedido em 05 abril de 2015

Telehealth:[http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/120622\\_impact\\_of\\_telehealth\\_on\\_us\\_e\\_of\\_hospital\\_care\\_and\\_mortality.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/120622_impact_of_telehealth_on_us_e_of_hospital_care_and_mortality.pdf) acedido em 05 abril de 2015

(4) Telenursing: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2687/?report=reader#!po=25.0000> acedido em 05 abril de 2015

*Palavras-chave:* Telenfermagem; aceitação pelo utente de cuidados de saúde; serviços de saúde; Call center

## Atenção às necessidades espirituais na prática clínica dos enfermeiros

Willyane de Andrade Alvarenga (58, 26)\*; Margarida M Vieira (51, 5); Emília Campos de Carvalho (58); Sílvia Caldeira (51, 5); Lucila Castanheira Nascimento (58)  
\* [willyanealvarenga@usp.br](mailto:willyanealvarenga@usp.br)

**Introdução:** É pressuposto que o cuidado de enfermagem esteja baseado nas necessidades do indivíduo. As primeiras teorias de enfermagem fundamentavam-se em necessidades objetivas e individuais e, mais recentemente, essas conceituações de necessidades tornaram-se mais amplas(1). Olhar o indivíduo de forma integral contribuiu para que a dimensão espiritual fosse considerada como parte do ser humano, destacando-se a importância dos enfermeiros sistematizarem a assistência espiritual e proporem intervenções para a integralidade do cuidado. Dada a importância do cuidado espiritual na assistência integral do indivíduo, estudos empíricos com enfermeiros são fundamentais para apoiar reflexões sobre como percebem e experienciam a atenção às necessidades espirituais dos seus clientes na prática clínica e, assim, construir conhecimento nessa área.

**Objetivo:** Descrever a compreensão do enfermeiro acerca da atenção às necessidades espirituais e a sua experiência na promoção desse cuidado aos clientes na prática clínica.

**Método:** Pesquisa exploratória, com análise qualitativa dos dados. Dados colhidos através de entrevistas semiestruturadas com 17 enfermeiros que trabalham num hospital localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil. As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo qualitativa.

**Resultados:** A maioria dos enfermeiros é do sexo feminino, com idade entre 24-29 anos e com tempo de formação e experiência profissional entre três a 12 anos. A análise dos dados identificou cinco categorias: 1) O cuidado espiritual como prática do enfermeiro. Os enfermeiros identificaram a necessidade de intervenção face às necessidades espirituais do cliente e consideraram importante atender a essas necessidades. O cuidado espiritual foi muito relacionado a situações de fragilidade do cliente; 2) Maneiras de prestar o cuidado espiritual. Intervenções para a assistência espiritual mais comumente realizadas na prática clínica foram: prestar apoio religioso, falar de Deus, orar com o cliente, permitir visitas à capela e de entidades religiosas, realizar passeios na área de convívio do hospital, conversar e ter uma escuta ativa, tocá-lo, segurar sua mão ou dar-lhe um abraço e oferecer música para ouvir, assistir à família do cliente e fornecer informações sobre o estado de saúde; 3) Facilidade para prestar o cuidado espiritual. Os enfermeiros citaram como fatores facilitadores para realizar o cuidado espiritual o contato próximo com o cliente e a visita de enfermagem como a oportunidade para abordar questões espirituais; 4) Dificuldades para prestar o cuidado espiritual. Os enfermeiros têm dificuldade em realizar o cuidado espiritual e os principais motivos identificados foram a organização do processo de trabalho e a estrutura institucional, a falta de conhecimento e o desconforto ao abordar a espiritualidade do cliente; e 5) Cuidado espiritual: benefícios para o cliente e profissional. O cuidado espiritual resultou para o cliente em melhor enfrentamento da situação, resignificação da doença, conforto, aceitação, calma, otimismo, força e melhoria terapêutica. Sentir satisfação pessoal por cuidar do cliente de forma humanizada e poder ajudá-lo foram os benefícios citados pelos enfermeiros.  
**Conclusão:** Esta pesquisa tem o potencial de suscitar discussões sobre a formação de enfermeiros para a assistência espiritual e demonstrar as dificuldades e facilidades para a mesma na prática clínica. Da mesma forma, a abordagem da espiritualidade deve ser discutida nos serviços de saúde para que novas práticas sejam (re)produzidas, contribuindo para uma ampla reflexão do cuidado espiritual na assistência de enfermagem.

### Referência:

(1) FORTIN, J. Human Needs and Nursing Theory. In: KIM, HESOOK S. and KOLLAK, Ingrid. Nursing Theories: conceptual and philosophical foundations. New York: Springer Publishing, 1999, p.23-38.

*Palavras-chave: Espiritualidade; Religião; Enfermagem; Relações profissional-paciente*



## Estudo de caso: teses de doutoramento em Portugal

Guida Amaral (26, 10)\*; Beatriz Araujo (5, 51)

\* gmms.amaral@gmail.com

**Introdução:** O método de Estudo de Caso enquadra-se na abordagem qualitativa e é frequentemente utilizado em estudos organizacionais para colheita de dados nas áreas da Psicologia, Sociologia, Ciências da informação e Ciências da Saúde [1] [2]. Robert Yin (1994) descreve o Estudo de Caso com base nas características do fenómeno em estudo, considerando o seu contexto real, e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos. O mesmo autor afirma que esta abordagem se adequa à investigação em educação, quando o investigador é confrontado com situações complexas, que dificultam a identificação de variáveis consideradas importantes, quando o investigador procura respostas para o “como?” e o “porquê?”, quando o investigador procura encontrar interações entre fatores relevantes, quando o objectivos é descrever ou analisar uma situação, a que se acede diretamente, de uma forma profunda e geral, e quando o investigador pretende capturar a dinâmica da situação ou do processo. [3]. Merriam (1988) menciona que o estudo de caso consiste na observação pormenorizada de uma pessoa, contexto, acontecimento específico ou fonte de documentos [4]. O Estudo de Caso consiste numa investigação detalhada de uma ou mais organizações, ou grupos dentro de uma organização, com o objetivo de analisar um contexto e os processos envolvidos no fenómeno em estudo. A relação entre o fenómeno e o contexto é o foco de interesse do pesquisador [2].

**Objetivo:** O presente póster pretende descrever os objetivos dos estudos para Teses de Doutoramento realizadas em Portugal, que utilizaram como metodologia o Estudo de Caso.

**Material e Métodos:** Pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) em Maio de 2014, utilizando as palavras-chave: Enfermagem e Estudo de Caso. Foram incluídas todas as Teses de Doutoramento publicadas e disponíveis em texto integral no RCAAP, sem limite temporal, que utilizaram como metodologia o Estudo de Caso. Através destas pesquisas foram obtidas um total de 55 Teses de Doutoramento, tendo sido analisados os resumos das mesmas de forma a identificar as que utilizaram a metodologia de Estudo de Caso, utilizando a análise de conteúdo segundo Bardin [5].

**Resultados:** Após a análise dos 9 resumos das teses de doutoramento que utilizaram a metodologia de Estudo de Caso, verificamos que esta metodologia começou a ser utilizada em 2004, tendo sido mais utilizada desde 2009 (6 teses de doutoramento). Das teses de doutoramento encontradas constatamos que cinco abordam a área da formação em enfermagem em contexto de ensino clínico, duas abordam a área das competências dos enfermeiros e duas abordam o cuidado ao doente.

Os objetivos das teses de doutoramento encontradas visam estudar, conhecer, indagar, analisar e compreender um fenómeno ou uma situação. Verificamos que as finalidades destas teses de doutoramento vão de acordo ao referenciado na literatura, relativamente aos objectivos da utilização do método de Estudo de Caso: descrever, analisar, compreender e estudar um fenómeno.

**Conclusão:** A metodologia de estudo de caso tem vindo a ser utilizada com maior frequência nos últimos 5 anos, com maior relevância para o estudo da área da formação em enfermagem em contexto de ensino clínico. O Estudo de Caso permite ao investigador explorar processos sociais enquanto eles decorrem, possibilitando uma análise longitudinal, em profundidade, das ações, processos, significados e relações dos contextos organizacionais.

### Referências:

- (1) Fidel, R. (1992) The case study method: a case study. In: GLAZIER, Jack D. & POWELL, Ronald R. Qualitative research in information management. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 1992. 238p. p.37-50.
- (2) Hartley, J. F. (1994) Case studies in organizational research. In: CASSELL, Catherine & SYMON, Gillian (Ed.). Qualitative methods in organizational research: a practical guide. London: Sage, 1994. 253p. p. 208-229.
- (3) Yin, R. K. (1994). Case study research: Design and methods. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- (4) Bogdan, R, Biklen, S. (1991) Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto editora.
- (5) Bardin, L. (1995) Análise de conteúdo. Edições 70

*Palavras-chave: Enfermagem; Estudo de Caso*

## Pesquisa Documental – Contributos para História e Filosofia da Enfermagem

Amélia Ferreira (26, 45)\*; Albertina Canastra (26, 45); Analisa Candeias (26, 47)

\* [ameliadiasferreira@gmail.com](mailto:ameliadiasferreira@gmail.com)

**Introdução:** Ao conhecer, caracterizar, analisar e elaborar sínteses sobre um determinado objecto, o investigador dispõe, de um manancial de dispositivos metodológicos. Os enfermeiros, enquanto potenciais investigadores, devem tomar consciência da verdadeira “explosão” de informação que existe, do valor dessa informação, e atuar de uma forma cuidadosa no que vai selecionar. A orientação do tipo de pesquisa está dependente de um conjunto de fatores como a natureza do objecto, a problemática a abordar e o enquadramento científico do investigador. Para realizar o estado da arte, a pesquisa documental é um procedimento central da investigação pois permite ao investigador alargar o seu conhecimento teórico, situar comparativamente a problemática e tomar conhecimentos de resultados interessantes.

**Objetivos:** Apresentar a pesquisa documental como método científico, tentando sensibilizar os enfermeiros para a sua construção em todas as suas etapas constituintes; apresentar alguns apontamentos teóricos e metodológicos sobre a pesquisa documental.

**Métodos:** Pretende-se, através de uma metodologia de pesquisa bibliográfica descritiva, dar uma panorâmica dos passos envolvidos na execução da pesquisa documental realçando a importância deste tipo de pesquisa na descoberta, consolidação e amadurecimento da profissão.

**Resultados:** Podem distinguir-se dois tipos de fontes de documentação: as fontes não escritas e as fontes escritas. Nas fontes não escritas temos os objetos e os vestígios materiais; a iconografia; as fontes orais; a imagem e o som registado. As fontes escritas subdividem-se em fontes oficiais e não oficiais. Quanto aos instrumentos de pesquisa documental podem ser a biblioteca, o museu e a internet e os arquivos. Estes últimos, constituem uma fonte de informação insubstituível relativamente à história e a sua evolução e quanto à sua tipologia, os arquivos podem ser públicos, empresariais, de família ou privados e ainda eclesiais, podendo ser ainda nacionais, distritais, municipais, notariais, de ministérios, de escolas ou de entidades variadas. Quanto à tipologia de documentos, estes podem classificar-se em audiovisuais, fotográficos ou digitais e podem assumir o aspeto de cartas pessoais, diários, fotografias, correspondência, gravações, memorandos, ofícios, regulamentos, circulares, atas ou outros. Assim, a pesquisa documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam qualquer tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Estas são dados originais, a partir dos quais se tem uma relação direta com os factos a serem analisados, ou seja, é o investigador que analisa. Um documento é uma declaração escrita, oficialmente reconhecida, que serve de prova de um acontecimento, facto ou estado, sendo qualquer objecto que comprove, elucide, prove ou registre um acontecimento.

**Conclusão:** A pesquisa documental é um procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais porque a maior parte das fontes sejam elas escritas ou não, são quase sempre a base do trabalho de investigação. Para que a pesquisa documental seja eficaz, o investigador deve proceder de uma forma metódica à localização das obras de referência de modo a retirar o melhor benefício possível. Dependendo do objecto de estudo e dos objectivos da pesquisa, pode-se caracterizar como principal caminho de concretização da investigação ou se constituir como instrumento metodológico complementar. Apresenta-se como um método de escolha e de verificação de dados e tem em vista o acesso às fontes pertinentes. Assim, a pesquisa documental, tal como outros tipos de pesquisa, propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenómenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos.

### Referências:

- (1) CORSETTI, Berenice. Análise documental no contexto da metodologia qualitativa. UNIREVISTA, vol. 1, n.º 1: 32-46. (consultado em 1 de Abril de 2015) Disponível na WWW em < URL: [http://gephishnop.weebly.com/uploads/2/3/9/6/23969914/a\\_analise\\_documental\\_no\\_contexto\\_da\\_pesquis\\_qualitativa.pdf](http://gephishnop.weebly.com/uploads/2/3/9/6/23969914/a_analise_documental_no_contexto_da_pesquis_qualitativa.pdf)>
- (2) SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristovão Domingos de; GUINDANI, Joel Filipe, “Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas”. In Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, Ano I - Número I, 2009.
- (3) JUNIOR, Oscar Claudiano da Silva, “Pesquisa documental”, in OGUISSO, Taka (et al), Pesquisa em História da Enfermagem, São Paulo, Manole, 2011.
- (4) HELDER, R. R. Como fazer análise documental. Porto: Universidade de Algarve, 2006.
- (5) PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histórica. In Cadernos de Pesquisa, n.114, 2001. pp.179-195.

*Palavras-chave:* Pesquisa Documental; História; Enfermagem

## Análise factorial exploratória da escala de Empowerment Individual na Doença Crónica

Elisabete Lamy da Luz (26, 3)\*; Fernanda Santos Bastos (21); Margarida M Vieira (51, 5)

\* luzelisabete10@gmail.com

**Introdução:** A definição de Empowerment é complexa por duas razões: A primeira prende-se com o facto de ser aplicado a uma imensidão de áreas científicas. A segunda razão está relacionada com o facto de ser considerado tanto um resultado como um processo (1). O processo de auto gestão da situação crónica de saúde deverá ter como resultado sensível à intervenção de Enfermagem, a consciencialização de si próprio e o desenvolvimento de competências que permitam gerir a doença e os regimes terapêuticos. Os diferentes instrumentos de avaliação do Empowerment revelam fragilidades ao nível da fiabilidade e validade na aplicação empírica e operacionalização das variáveis em diferentes contextos. Um dos autores. (2) sugere que se escolha uma teoria empoderadora, a partir da qual se proceda à construção de um questionário de avaliação do conceito. Realizámos uma revisão sistemática da literatura sobre instrumentos de avaliação de Empowerment que decorreu de Novembro de 2012 a Março de 2013. Critérios e inclusão: escalas de avaliação de Empowerment individual nas situações de doença crónica. Critérios de exclusão: escalas de avaliação do Empowerment familiar e comunitário. Horizonte temporal: 1996-2013. Palavras-chave: Scales, patient Empowerment, healthcare evaluation, outcomes. A revisão permitiu-nos identificar as dimensões que suportaram a construção da escala de Empowerment individual. Seleccionámos quatro escalas, por terem sido testadas e validadas em pessoas com doença crónica (3) (4) (5) (6) A selecção teve como objectivo identificar as dimensões pertinentes na avaliação do resultado Empowerment. As dimensões seleccionadas foram as seguintes: Autodeterminação, Autonomia e Poder, Sentimentos, Mestria, Participação nas Decisões em Saúde. Estas foram seleccionadas por serem elementos comuns referidos pelos vários autores que definem o conceito de Empowerment individual. A construção da escala, com base nestas dimensões, permite identificar os indicadores de avaliação do resultado.

**Objetivo:** Construir e validar uma escala que possibilite a avaliação do Empowerment individual como resultado.

**Metodologia:** Começamos por construir uma lista de frases(itens) em torno do conceito central (empowerment), tendo por base a revisão sistemática da literatura sobre escalas de avaliação de empowerment . deste processo resultou uma lista de 28 itens com apenas uma possibilidade de resposta , numa escala tipo Likert.

**Resultados:** A escala foi aplicada a uma amostra de conveniência constituída por 271 participantes. A constituição da amostra obedeceu aos seguintes critérios: adultos com idade superior aos 18 anos até aos 65 anos, com os seguintes diagnósticos: Hipertensão Arterial, Diabetes, Lupus, Artrite Reumatoide, Acidente Vascular Cerebral, Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Insuficiência Cardíaca, sem alterações cognitivas e aceitar participar no estudo.

Numa primeira análise, a validade do construto da escala com 28 itens foi realizada através da ACP com rotação ortogonal Varimax com normalização de Kaiser . A medida de Kaiser-Meyer-Olkin(KMO) é de 0,80, o valor do teste de esfericidade de Bartlett foi de  $X^2=2850,868$ , o que nos permitiu aferir a adequação da amostra e continuar com a análise fatorial. Num primeiro momento, a extração de factores pelo método de rotação Varimax revelou 8 factores que no conjunto explicavam 63,88% da variância total. Dado o elevado número de componentes, esta solução factorial, apesar de estatisticamente válida apresentava deficiente articulação com o teoria de suporte à construção da escala. Posteriormente realizaram-se soluções fatoriais forçadas considerando os 6 factores ou dimensões que serviram de base à construção dos itens, obtendo uma variância explicada de 55,91%. A análise é exploratória pelo que iremos testar a estrutura factorial como base nas dimensões ou factores da abordagem teórica que sustentaram a construção da escala através a análise confirmatória.

**Conclusão:** A finalidade do estudo foi desenvolver e validar uma escala de avaliação do empowerment individual como resultado dos cuidados de saúde, que possa ser utilizada tanto na investigação como na prática clínica de Enfermagem. O processo de construção da escala sustentou-se numa fase inicial, na revisão da literatura do conceito de empowerment e das escalas de avaliação do mesmo como resultado nas pessoas com doença crónica. Na fase seguinte, após aplicação a uma amostra de 271 pessoas com doença crónica foram testadas as suas propriedades psicométricas. A validade do conceito estudou-se pela análise das componentes principais, com rotação Varimax, recorreu-se novamente a análises e estudos psicométricos, optando-se por uma solução forçada a 6 factores que explicam 55,91% do total de variância da escala, por ser mais concordante com os construtos teóricos que sustentaram a construção dos itens. Como referimos trata-se de uma análise factorial exploratória, necessitando de uma análise confirmatória do modelo teórico .

*Palavras-chave:* Doença Crónica; Empowerment; Resultados; Enfermagem; Validação

## A história do diagnóstico de enfermagem “disfunção sexual” na NANDA-I

Dora Maria Honorato Carteiro (4, 26)\*; Maria Manuela Néné Cordeiro (22, 5); Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer (51, 5); Maria João Jacinto Guerra (51, 26)  
\* [doracarteiro@gmail.com](mailto:doracarteiro@gmail.com)

**Introdução:** A apresentação de diagnósticos de enfermagem em classificações parece facilitar o processo de raciocínio clínico do enfermeiro, na medida em que sistematiza fenómenos de atenção para a sua prática clínica (1). É exemplo a NANDA-I que constitui uma classificação de diagnósticos de enfermagem e engloba os conceitos dos diagnósticos que, também, orientam a intervenção. Uma classificação deve representar o conhecimento de enfermagem (1). A sexualidade é uma dimensão da pessoa humana, interpessoal, dinâmica e transversal a todo o ciclo de vida (2). A investigação em enfermagem acerca da sexualidade evidenciou-se a partir da década de 70, nomeadamente com a integração de conteúdos em âmbito académico, bem como na NANDA-I, confirmando a sua importância para a disciplina e para a prestação de cuidados.

**Objetivo:** Descrever o desenvolvimento do diagnóstico “disfunção sexual” na classificação de diagnósticos de enfermagem NANDA-I, desde a sua inclusão até ao presente.

**Metodologia:** Análise da literatura com recurso a pesquisa em bases de dados, atas dos congressos e edições anteriores da classificação.

**Resultados:** Em 1978, 5 anos após a 1ª conferência da NANDA-I, surgiu o primeiro diagnóstico de enfermagem relacionado com a sexualidade, denominado “alteração do padrão da sexualidade”. Em 1980 este diagnóstico foi submetido a várias alterações e foi aceite para a classificação como “disfunção sexual”. Só em 1986 os dois diagnósticos de enfermagem são integrados de forma independente na taxonomia I como “disfunção sexual” e “padrão de sexualidade alterado”.

A preocupação com a sexualidade como necessidade do indivíduo evidencia-se também na NANDA-I, mas verifica-se que até 2002 não foram introduzidas alterações em nenhum componente destes diagnósticos, apesar de ter sido submetido a estudos de validação (3), que propuseram alterações. Mais recentemente, em 2006 no decurso de um estudo de validação (4), surgiu a última revisão deste diagnóstico e, desde essa data, não se identifica mais nenhuma revisão.

Encontra-se classificado atualmente no domínio 8 – sexualidade e na classe 2 - função sexual. Define-se como: “o estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recomendada ou inadequada” (Herdman, 2013, p.387). Na última versão publicada (2015-2017) é constituído por dez características definidoras e onze fatores relacionados e, apesar de não se identificar nenhuma revisão deste diagnóstico, é possível observar que se mantém o domínio, a classe, o enunciado e a definição. Porém, existem alterações na nomenclatura e eliminação de características definidoras e de fatores relacionados. Atualmente o diagnóstico “sexual dysfunction” mantém um nível de evidência de 2.1, o que sublinha a necessidade de estudos de investigação de natureza clínica que permitam o seu aumento. Ainda, na última edição é apresentada a proposta da taxonomia III, em que o diagnóstico está classificado no domínio “mental domain” como “mental process and mental patterns essential to human health” e na classe denominada “self-concept” como “psychological patterns involved in self perception, identity, and self-regulation”, perspetivando-se, assim, uma reestruturação deste diagnóstico na classificação (5).

**Conclusão:** O diagnóstico de enfermagem “disfunção sexual” integra a taxonomia desde a década de 70 e já foi submetido a alguns estudos de validação. Outros estudos de validação clínica são desejáveis, no sentido de melhorar a acurácia do diagnóstico, o seu nível de evidência e contribuir para a evolução da taxonomia.

Palavras-chave: Sexual; Diagnóstico de enfermagem; NANDA-I; Enfermagem.

### Referências:

- (1) HERDMAN, Heather. (Ed.). NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification (2012-2014). Porto Alegre: Artmed. 2013.
- (2) LOWDERMILK, Deitra., PERRY, Shannon. Enfermagem na Maternidade. 7ªed., Loures: Lusodidacta. 2009.
- (3) PELÁ, Nilza., JESUS, Cristine & CARVALHO, Emília. As categorias diagnósticas de sexualidade: Proposta de reorganização. Ciência Cultura e Saúde. [consult. 15 março 2015]. 1994, vol.13, nº3, p.45-51.
- (4) MELO, Alexandra., CARVALHO, Emília & PELÁ, Nilza. The sexuality of patients with onco-hematological diseases. Revista Latino Americana de Enfermagem. [consult. 13 março 2015]. 2006, vol.14, nº2, p.227-232.
- (5) HERDMAN, Heather, KAMITSURU, Shigemi. (Eds.). NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification (2015-2017). Oxford: Wiley Blackwell. 2014.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem ; Disfunção ; Sexual; Enfermagem; NANDA-I

## António Maria de Sena - Uma Narrativa

Analisa Lia Silva Candeias (26, 47)\*; Alexandra Esteves (50, 48); Luís Sá (5, 51)  
\* [lia.candeias@gmail.com](mailto:lia.candeias@gmail.com)

**Introdução:** Foi durante o século XIX que a psiquiatria em Portugal começou a ganhar relevo e importância no âmbito da saúde. A clausura dos loucos, dos sem juízo, daqueles que permaneciam um mistério e afronta para as normas da sociedade pretérita foi questionada e modificada, sendo que os novos estudos relativos às pessoas com patologia mental, e igualmente as preocupações com a dignidade das mesmas, foram essenciais para a transformação vivida ao nível do mundo dos alienados. Algumas pessoas assumiram papéis fundamentais nesta transformação, tanto a nível internacional (Philippe Pinel, Bénédicte Augustin Morel,...) - com influência no nosso país -, como nacional (Conde de Ferreira, António Martins Pulido, Miguel Bombarda, ...), tendo sido as suas ações essenciais no que concerne ao respeito pela nova esfera que seria a psiquiatria.

**Objetivos:** Conhecer a vida de António Maria de Sena; descrever a sua biografia e mostrar a sua importância na transformação vivida na área da saúde mental e da psiquiatria no século XIX.

**Metodologia:** Nesta pesquisa de âmbito histórico, é utilizada a pesquisa bibliográfica descritiva, com vista a estabelecer a descrição biográfica de António Maria de Sena, tendo em conta as suas ações fundamentais no campo da psiquiatria no século XIX.

**Resultados:** António Maria de Sena nasceu em 1845, no rescaldo das influências das invasões francesas, da guerra civil portuguesa e no domínio das novas ideias trazidas à tona pelo Iluminismo – que em terras lusas as novidades chegavam, como de costume, com um pouco mais de atraso. Beirão e serrano, António Maria de Sena não abraçou a carreira eclesiástica, tal como foi inicialmente previsto a nível familiar, mas enveredou antes pelos estudos da medicina, com conhecimento assente no âmbito da teologia, filosofia e matemática. Foi o primeiro diretor do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, tendo publicado obras relevantes no campo da medicina e especificamente da psiquiatria – que, na altura, nem era lecionada em contexto académico. A nível legislativo foi publicada, sob a sua responsabilidade, ainda na segunda metade do século XIX, a primeira lei relativa aos alienados e ao mundo da psiquiatria em Portugal – denominada Lei Sena. António Maria de Sena faleceu em 1890, com 45 anos, acompanhado de familiares e amigos.

**Conclusão:** O século XIX, em Portugal e tal como em outros países, é rico em inovação, mudança e transformação. Ao nível da psiquiatria e dos tão denominados alienados, António Maria de Sena foi uma figura preponderante para o estabelecimento de novos ideais, novas tendências, nova procura pelo respeito ao Outro que se encontra em momento de fragilidade e desequilíbrio. Fazendo parte de uma geração nova e rebelde, António Maria de Sena influenciou a psiquiatria no nosso país, sendo que as suas ações ainda hoje, em pleno século XXI, são consideradas na vanguarda do conhecimento.

### Referências:

- (1) PEREIRA, A.L.. A Institucionalização da Loucura em Portugal. Revista Crítica de Ciências Sociais. 1986, nº21, pp.85-100
- (2) PEREIRA, P.T., GOMES, E. e MARTINS, O.. A Alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908). Revista da Faculdade de Letras. 2005, III Série, vol.6, pp.99-128
- (3) QUINTAIS, L.. Torrente de loucos: a linguagem da degeneração na psiquiatria portuguesa da transição do século XIX. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2008, vol.20, nº2, pp.353-369
- (4) SENA, A.M.. Os alienados em Portugal. Lisboa. Ulmeiro. 2003

*Palavras-chave:* História da Enfermagem; António Maria de Sena; Biografia; Saúde Mental; Psiquiatria



## Cuidados Paliativos no Domicílio, para um fim de vida com qualidade

Patrícia Coelho (51, 26)\*; Manuel Luis Capelas (51); Tânia Costa (26, 51); Ramon Andrade de Mello (54, 37); Luís Sá (51, 5)

\* *sfcoelho@porto.ucp.pt*

**Introdução:** Os cuidados paliativos permitem a prestação de cuidados, focados nas necessidades e preferências dos doentes, aliando conhecimento científico, competências e habilidades por forma, a promover a qualidade e excelência dos mesmos. Permitem a prestação de cuidados verdadeiramente humanos e holísticos que procuram a maximização do conforto e da qualidade de vida, do doente e sua família. A abordagem dos problemas associados às doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento concomitantemente com as mudanças no perfil populacional, com o aumento do índice de dependência dos idosos, com as mudanças de carácter económico e social que, por sua vez, determinam transformações na prevalência e incidência das doenças crónicas, torna fundamental desenvolver cuidados que abranjam o domicílio, assegurando cuidados paliativos domiciliários especializados, visto que a maioria da população portuguesa prefere morrer em casa.

**Objetivos:** Evidenciar a importância dos cuidados paliativos domiciliários, para a satisfação dos doentes e família com a participação ativa destes no planeamento e implementação de cuidados individualizados.

**Metodologia:** Análise qualitativa e comparativa de dois casos. Um caso de uma pessoa com doença oncológica não seguida por uma equipa de cuidados paliativos e outro, de pessoa com doença degenerativa a ser acompanhada por uma equipa de cuidados paliativos domiciliários. Ambos em contexto domiciliário e do sexo masculino, com idades compreendidas entre 69-77 anos, portadores de comorbilidades comuns como perturbação psíquica depressiva, Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Os dados foram colhidos através de observação, notas de campo e entrevista baseada num instrumento de recolha de dados desenvolvido pela investigadora com validação facial e de conteúdo por peritos na área dos cuidados paliativos. Esta entrevista decorreu no domicílio com consentimento informado dos participantes.

**Resultados:** Da análise emergiu a elevada satisfação do doente e família que estava sob acompanhamento da equipa de cuidados paliativos domiciliários face ao apoio integral, orientação, ensinamentos, suporte e implementação de medidas e cuidados, sendo evidente que o doente participou em todas as decisões e tinha noção da progressão da sua doença bem como, das consequências possíveis. Em relação ao doente sem acompanhamento era evidente a revolta e tristeza face à sua situação, a ausência de controlo de sintomas, a dificuldade em aceder a cuidados individualizados, e direcionados às suas necessidades e da sua família, a recursos e ajudas humanas, técnicas e financeiras, a falta de acompanhamento e incapacidade para gerir a doença e a sua progressão.

**Conclusões:** Cuidar do doente no domicílio é proporcionar o respeito pelas suas preferências e assim proporcionar uma assistência humanizada no fim-de-vida. A análise indica que a acessibilidade a cuidados paliativos no domicílio, recorrendo a uma abordagem que implementa e planifica um acompanhamento estruturado através da co-parceria entre equipas e doente/família, contribuem para a melhoria da qualidade de vida destes. De acordo com a evidência, o desenvolvimento de equipas de cuidados paliativos domiciliárias especializadas, permite implementar intervenções individualizadas e adequadas às necessidades e preferências dos doentes, atualização constante e partilha de informação que possibilitam o controlo de sintomas e um fim de vida digno, centrados nos problemas dos doentes e famílias, proporcionando um acompanhamento integral, preparação e suporte no luto.

### Referências:

- (1) Gomes, B.; Sarmento, V.; Ferreira, P.; Higginson, I. Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 2013, Jul-Aug;26(4):327-334.
- (2) European Association for Palliative Care, International Association for Palliative Care, Worldwide Palliative Care Alliance, Human Rights Watch. The Prague Charter. 2013. Available from: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/PragueCharter.aspx>
- (3) Higginson, I.; Finlay, I.; Goodwin, D.; Hood, K.; Edwards, A.; Cook, A.; Douglas, H.; Normand, C. "Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers?" *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003. vol 25, n.º2, p: 150-168.
- (4) Marques, L.; Gonçalves, E.; Salazar, H.; Neto, I.; Capelas, M.; Tavares, M.; Sapeta, P. "O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal". *Revista Patient Care*. (Edição Portuguesa). Outubro de 2009 Volume 14, N.º 152, p:32-38. 2009
- (5) Payne, S. "White Paper on improving support for family carers in palliative care: part 1 - Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Family Carers". *European Journal of Palliative Care*. 2010. vol 17, n.º (5).

*Palavras-chave: Palliative care; Home care; Patients needs; Patients preferences; Nursing*

## Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) - que investigação em Portugal?

Carla Regina Rodrigues da Silva (26, 37)\*

\* [enf\\_carlasilva@hotmail.com](mailto:enf_carlasilva@hotmail.com)

**Introdução:** Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais informação clínica produzem, processam e documentam face à saúde dos seus clientes (1), assistindo-se a um aumento da consciencialização da relevância dessa informação como o recurso essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem(2, 3). É perante a dificuldade que os enfermeiros manifestam em traduzir os processos de ação no processo de conceção de cuidados ou na documentação que os SIE se revestem de um enorme potencial facilitador, com benefício para o processo de cuidados(1). As aplicações informáticas devem permitir, assim, a documentação da prática de enfermagem, cobrindo as finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados e a extração de resumos mínimos de dados de enfermagem(2). No entanto, o desenvolvimento de SIE coloca desafios a nível da interoperabilidade técnica entre os sistemas em uso e da interoperabilidade semântica entre os seus utilizadores, esta última fundamental nos aspetos relativos aos cuidados de enfermagem, sendo essencial a formalização do conhecimento clínico e a sua representação por arquétipos(3).

**Objetivo:** Este estudo científico, desenvolvido no âmbito da investigação em enfermagem, teve como objetivo identificar o estado atual do conhecimento produzido na área dos SIE em Portugal nas últimas duas décadas.

**Material e métodos:** A pesquisa electrónica foi realizada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) a 4 de Abril de 2015 com os termos de pesquisa limitados ao título: (“sistema de informação” OR “sistemas de informação” OR “SIE” OR “tecnologias de informação e comunicação” OR “TIC” OR “gestão da informação” OR “informática” OR “partilha de informação” OR “dados” OR “sistemas de dados” OR “sistemas de apoio a informação” OR “sistemas de recuperação de informação” OR “administração de sistemas de informação”) AND (enfermagem). Os critérios de inclusão estabelecidos foram: dissertações de mestrado ou teses de doutoramento realizados em Portugal no âmbito dos SIE, publicados desde 1995, em português e disponíveis em formato integral.

**Resultados:** Da pesquisa resultaram 10 estudos de investigação, dos quais 5 foram excluídos, 1 por ser um relatório de trabalho de projeto, 1 por ser repetido e 3 por não ser possível o acesso ao texto integral. Foram incluídos 5 estudos, publicados de 2008 a 2014, 1 no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem e os outros 4 no âmbito de Mestrado (1 em Gestão e Serviços de Saúde, 1 em Enfermagem, 1 em Informática Médica e 1 em Supervisão), sendo que 3 apresentam uma metodologia mista, 1 apresenta o método de investigação quantitativa e 1 o de investigação qualitativa. Os resultados prendem-se com 4 aspetos em estudo: (a) adaptação dos enfermeiros ao sistema de informação de apoio à prática de enfermagem, (b) supervisão das práticas clínicas no âmbito da utilização dos SIE, (c) resumos mínimos de dados de enfermagem e (d) informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros considerada relevante para os médicos. Estes resultados poderão não ser representativos do conhecimento produzido no âmbito dos SIE porque se resumem aquele disponível no RCAAP e desenvolvido em Portugal, sendo esta uma limitação do presente estudo.

**Conclusão:** Os resultados permitem concluir que o conhecimento produzido em Portugal no domínio dos SIE circunscreve-se à última década e parece mostrar uma evolução do conhecimento acerca do problema em estudo, pese embora seja abordado por disciplinas distintas, que não apenas a Enfermagem. Dos SIE emergem questões que se prendem, dentre outras, com a gestão, a supervisão, a informática e a Medicina e que estão presentes nos estudos em análise. O estado atual do conhecimento produzido em estudos de investigação a respeito dos SIE parece balizar-se ao nível do desenvolvimento de modelos de agregação de dados de enfermagem capazes de contribuir para a descrição dos contributos dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações. O desafio será progredir no sentido da interoperabilidade dos SIE e os enfermeiros devem ter uma participação ativa no seu desenvolvimento.

### Referências bibliográficas:

(1) JESUS, Elvino Henriques de; SOUSA, Paulino Ferreira de – Sistemas de informação e profissionais de saúde – visão dos enfermeiros. In *Sistemas de Informação na Saúde*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2011. ISBN 978-972-618-657-1. Cap. 12, p.227-242.

(2) ORDEM DOS ENFERMEIROS – Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. [Em linha]. (2007), p.1-8. [Consult. 4 Abr. 2015]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf).

(3) SOUSA, Paulino – Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades. *Rev. esc. enferm. UCP*. [Em linha]. Vol. 46, n.º5 (2012). [Consult. 4 Abr. 2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/01.pdf>.

*Palavras-chave:* Tecnologias de informação e comunicação; Sistemas de Informação; Documentação; Enfermagem; Investigação

## Therapeutic Occupation Activities – Nursing Structured Interventions in Psychosocial Rehabilitation

Carlos Melo-Dias (20, 44)\*; Amorim Rosa (20, 44); Alberto Pinto (20, 44)

\* [cmelodias@esenfc.pt](mailto:cmelodias@esenfc.pt)

**Introduction:** In its therapeutic dimension associated with the treatment of people with mental illness, occupation started being understood as a continuous adaptive process which allows individuals to develop skills, competencies and their own identity, by participating in various occupational processes throughout the life cycle and within different environmental contexts.

The process of psychosocial rehabilitation and recovery has the intrinsic goal of teaching and training mentally impaired individuals to perform the physical, emotional and intellectual skills needed for leading an autonomous life, with a higher level of well-being and the least possible help from health professionals.

**Objective:** This theoretical essay aims to propose the concept of Therapeutic Occupational Activity (TOA) in Nursing, while establishing a specific dynamics between its three core elements, nurse-client-activity, as well as with its fields of use.

**Methodology / Development / Essay:** The Therapeutic Occupation Activities (TOAs) are defined as systematic and organized activities that structure and guide the functional performance of the participant within the interpersonal nurse-client relationship and the assessment of the Fundamental Human Needs (FHN). They make use of therapeutic techniques which are selected and prescribed according to the intended objective(s), with psychotherapeutic, psychoeducational, psychomotor, psychosocial, socio-therapeutic and spiritual consequences. They aim to promote, prevent, empower, maintain and/or recover and develop the individual's skills so as to reach their maximum potential for performance, autonomy and satisfaction of their FHN, daily activities, and occupation for achievement and recreation<sup>1</sup>.

Some theoretical formulations which sustain clinical nursing practice are also synthesized, as well as some models of understanding interventions in social behavior. Using descriptive analysis, the goals, determinants and benefits of TOAs in Mental and Psychiatric Health Nursing settings are listed to describe the foundations of the planning process with emphasis on the nurse's autonomous role in the diagnosis, prescription, performance and evaluation of interventions.

**Conclusion :**We emphasize that the Therapeutic Occupation Activities in Psychiatric and Mental Health Nursing emphasizes the person at the center of the decision, first, through the informed consent of their participation, being always the customer who "motivates" the dynamics that therapist develops during execution.

The TOA take place in clinical nursing environment, based on the FHN characterization dealing with problems/focus of attention of nursing, and is therefore prescribed, implemented and evaluated by nurses, according to the clinical reasoning and nursing diagnoses.

In TOA the Nurse-Client relationship is the energy that will "feed" the different dimensions, whether sensorimotor, cognitive or psychosocial nature, confirming the need for the effective presence of nurses in all phases of the planned activity, not having clinical feasibility the delegation of its implementation.

We recognize the method as reproducible and it is possible to build knowledge, and even assuming its appetite for generalization of effects and results in natural environments of clients.

### Reference:

(1) Melo-Dias C., Rosa A., & Pinto A., Atividades de Ocupação Terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2014, Vols. 11:15-23.

*Palavras-chave: Therapeutic Occupation Activities; Nursing; Psychosocial Rehabilitation; Mental Health; Therapeutic environment*

## Health Education and Literacy of Patient with Experience of Mental Illness

Cândida Loureiro (20, 44)\*; Carlos Melo-Dias (20, 44); Graça Figueiredo (12, 44); Susana Conceição (12, 44); Olívia Lourenço (39, 44)  
\* *candida@esenfc.pt*

**Introduction:** Coping with our transitions<sup>1</sup> or satisfying our human needs<sup>2</sup> is a demand for each of us, independently of being healthy or ill.

Reflecting about this knowledge in daily living is crucial to maintain health, prevent problems, and treat disturbances, as everyone should know better on themselves and about their health and disease states, also psychiatric patients should have this opportunity.

Nurses are able to do it, and do it well, but of course accuracy is needed, so we need clearly get knowing, what patients know about themselves? And about the illness? And about coping with that all?

**General Objective:** The aim is establishing a basis for developing knowledge in nursing and improving practice focused on health education methods and strategies to increase Literacy of Patient with Experience of Mental Illness (PEMI).

**Methodology:** Addressing health promotion and also functional adaptation to health problems as descriptive statements of the quality of nurses exercise<sup>3</sup> we use a critical structured reflective inquiry as a method to consciously examine what has occurred in terms of thoughts, feelings and actions against underlying beliefs, assumptions and knowledge as well as against the context in which specific situation has occurred<sup>4</sup>.

Acknowledge literacy of PEMI as a dependent variable of clinical reasoning in nursing practice, the intentional decision of the nurse, is based in his knowledge and experience, involving all the complexity, reflexivity, creativity, intuition and cognition (from nurses, context, and customer focus)<sup>5</sup>.

Moving towards mutual understanding about goals and intentions, these critical structured reflective inquiry consists in three phases<sup>4,6,7,8</sup> namely: descriptive, reflective, and critique/emancipatory.

**Results:** The descriptive phase contains the descriptions of thoughts, feelings, circumstances and features of the situation of caring for a PEMI, questioning Nurses.

The reflective phase contains the analysis about what happen or what in the terms of thoughts, feelings and actions against underlying beliefs, assumptions and knowledge.

This analysis has three different foci: reflecting opposite ourselves, opposite contextual features, and opposite scientific knowledge.

Finalizing, the critique phase is orientated to correct and move forward to future assimilation of new innovations emerging from this practice.

**Conclusion:** We acknowledge that PEMI maintain low levels of literacy, and also diminished capabilities of acceptance and resolution of their various problems relating to self-stigma, disease, and his personal life.

Confirmed by peers and the scientific evidence that this referred dimensions are focus of attention and intervention are crucial for nurses, namely Insight Deficit, Unknowing, coping inefficacy, Unrealistic belief, Cognitive deficits, External Locus of Control, Hopelessness, and Low recognition of diseases.

### References:

- (1) Meleis, A.I. Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company, New York, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- (2) Phaneuf, M. Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Quarteto, Coimbra, 2001. ISBN 972-8535-78-3.
- (3) OE – Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual/Enunciados Descritivos. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- (4) Kim, H.S. Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29(5):1205-1212.
- (5) Melo-Dias, C, Lopes, M. Raciocínio Clínico em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 2010, n.º 21, Janeiro/Fevereiro/Março, p.33-47.
- (6) Queirós, A.A, Silva, L.C.C, Santos, E.M. Educação em enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2000. ISBN 972853518X.
- (7) Santos, E, Fernandes, A. Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, 2004, nº11, Março.
- (8) Santos, E. (2009) A Aprendizagem pela reflexão em ensino clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em Enfermagem. Tese de Doutoramento em Didática, Universidade de Aveiro.

*Palavras-chave: Health Education; Literacy; Nursing; Mental Illness; Evidence Based Practice*

## Os registos de enfermagem nos regulamentos da profissão

Maria Helena Almeida e Sousa (26, 31)\*

\* [h.almeidasousa@sapo.pt](mailto:h.almeidasousa@sapo.pt)

**Introdução:** Os registos de enfermagem constituem a informação em enfermagem e asseguram a individualização e continuidade do cuidado em enfermagem. São tema de reflexão e debate pelo seu contexto de transformação e mudança da profissão de enfermagem. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, um elemento importante para a organização dos cuidados de enfermagem é a existência de um sistema de registos que incorpore, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções realizadas e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem (1).

**Objetivo:** Dada a crucial importância dos registos de enfermagem elaborámos este trabalho com o objetivo de identificar os conteúdos sobre os registos de enfermagem contemplados nos regulamentos da profissão de enfermagem.

**Metodologia:** Como metodologia procedeu-se à análise documental da legislação sobre a profissão de enfermagem sendo apontados os aspetos relativos aos registos de enfermagem encontrados na consulta dessa mesma legislação.

**Resultados:** Ao longo dos anos assistimos a várias alterações da carreira de enfermagem acompanhando os progressos técnicos e científicos da profissão de enfermagem bem como o seu desenvolvimento a nível da formação.

Na legislação publicada, durante vários anos, são descritas as funções de cada categoria profissional e ao enfermeiro compete avaliar as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades e programar, executar e avaliar cuidados de enfermagem, programando e avaliando os seus resultados.

É o Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro que pela primeira vez faz referência à necessidade dos registos de enfermagem quando enuncia as funções do enfermeiro de nível 1 descrevendo no artigo 7º, g) que o enfermeiro deve avaliar os cuidados de enfermagem prestados, efetuando os respetivos registos e analisando os fatores que contribuíram para os resultados obtidos (2).

Este Decreto-Lei é revogado pelo Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro, o qual se mantém atualmente em vigor e descreve as funções do enfermeiro no seu artigo 9º salientando nas a) e g) que o enfermeiro, dentro da sua competência e autonomia técnico-científica, deve identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efetuar os respetivos registos e recolher, registar e efetuar tratamento e análise de informação relativa ao exercício das suas funções (3).

O exercício profissional dos enfermeiros assenta também no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) considerado como um instrumento fundamental para a autonomia profissional e no Código Deontológico, o qual enuncia os deveres e as responsabilidades profissionais com base nos direitos dos cidadãos e das comunidades alvo dos cuidados de enfermagem. Também encontramos nestes dois documentos informação sobre registos de enfermagem relativo ao exercício profissional.

O REPE no seu artigo 5º relativamente à caracterização dos cuidados de enfermagem entre outras funções, refere que o enfermeiro deve avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do cliente e/ou familiares ou outros e dos registos efetuados (4).

O Código Deontológico descreve no artigo 83º d), perante o direito ao cuidado, que o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas. E sendo os registos de enfermagem, informação acerca do destinatário de cuidados e da família, esta deve ser considerada confidencial e apenas partilhada com as pessoas implicadas no plano terapêutico, mantendo sempre o anonimato quando utilizada em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados (artigo 85º) (4).

**Conclusão:** Perante os vários regulamentos consultados sobre a profissão de enfermagem, concluímos que efetuar registos de enfermagem é uma função inerente a todo o processo do cuidado em enfermagem, constituindo um dever no exercício profissional do enfermeiro.

Os registos de enfermagem garantem a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem e são fundamentais para as áreas da gestão, formação, investigação e no processo de tomada de decisão. São um meio para dar visibilidade dos cuidados de enfermagem traduzem de certo modo, os ganhos em saúde.

Como informação em enfermagem e parte da informação em saúde do cliente a quem se presta cuidados, os registos de enfermagem requerem mecanismos de proteção, segurança e confidencialidade.

### Referências:

- (1) Ordem dos Enfermeiros. Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa: s.n., Agosto de 2012.
- (2) Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro.
- (3) Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de setembro.
- (4) Ordem dos Enfermeiros. REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Tadinense-Artes Gráficas, 2012.

*Palavras-chave:* Registos de Enfermagem; Legislação de Enfermagem

## Eficácia da terapia de oscilações profundas na redução da dor na pessoa com lombalgia

Sérgio Miguel Pereira Santos (26, 8)\*

\* [sergiomiguelsantosenf@gmail.com](mailto:sergiomiguelsantosenf@gmail.com)

**Introdução:** A terapia de oscilações profundas (TOP) é um novo princípio de terapia física, que tem sido apontada como eficaz em várias áreas da medicina, nomeadamente na lombalgia, que afeta, pelo menos uma vez durante a vida, entre 85-90% da população (Pereira da Silva, 2004).

**Objetivo:** Identificar e sintetizar a evidência relativa à eficácia da TOP na redução da dor na pessoa com lombalgia.

**Métodos:** Pesquisámos a PubMed, EBSCO e JBI Library, utilizando termos indexados e termos livres. Obtivemos 1084 estudos e após exclusão por ano (<2000), de duplicados, por temática, por língua de publicação e por não obtenção de texto completo, resultaram 0 artigos referentes a lombalgia. Por esse facto, analisaram-se os 5 artigos obtidos referentes à utilização da TOP em qualquer área.

**Resultados:** Quatro estudos são ensaios clínicos randomizados (RCT) e um tem desenho longitudinal, avaliando a eficácia e na fadiga e dor muscular (em estudantes saudáveis), na fibromialgia, no linfedema pós-mastectomia no fenómeno de raynaud. Apenas num estudo não se verificou qualquer diferença significativa entre a TOP e o método de comparação e/ou controlo (Tabela 1).

**Conclusão:** Não se encontraram estudos de TOP na lombalgia. A TOP apresenta eficácia noutras áreas, mas são necessários mais estudos.

### Bibliografia:

- (1) Hinman, M.R., Lundy, R., Perry, E., Robbins, K., Viertel, L. (2013). Comparative Effect of Ultrasound and Deep Oscillation on the Extensibility of Hamstring Muscles. *Journal of Athletic Medicine*, 1(1), 45-55.
- (2) Jahr, S., Schoppe, B., & Reissauer, A. (2008). Effect of treatment with low-intensity and extremely low-frequency electrostatic fields (DEEP OSCILLATION) on breast tissue and pain in patients with secondary breast lymphoedema. *Journal Of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 40(8), 645-650.
- (3) Kraft, K., Kanter, S., & Janik, H. (2013). Safety and effectiveness of vibration massage by deep oscillations: a prospective observational study. *Evidence-Based Complementary And Alternative Medicine: Ecam*, 2013679248. doi:10.1155/2013/679248
- (4) Pereira da Silva, J. A. (2004). *Reumatologia Prática*. Coimbra: Diagnóstico, Lda.
- Shoultz, J. (2014). The effect of soft tissue oscillation therapy on the management of pain associated with delayed onset muscle soreness. *Electronic Theses and Dissertations*. Paper 58. Disponível em <http://scholarworks.uni.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1057&context=etd>
- (5) Sporbeck, B., Mathiske-Schmidt, K., Jahr, S., Huscher, D., Becker, M., Riemekasten, G., & ... Reissauer, A. (2012). Effect of biofeedback and deep oscillation on Raynaud's phenomenon secondary to systemic sclerosis: results of a controlled prospective randomized clinical trial. *Rheumatology International*, 32(5), 1469-1473. doi:10.1007/s00296-011-1882-2

*Palavras-chave:* Terapia; Oscilações Profundas; Dor; Lombalgia; Eficácia

## Plano Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – uma revisão crítica

Sara Correia (15, 29)\*; Amélia Simões Figueiredo (51, 5); Teresa Rasquilho Vidal (51)  
\* [sara\\_dcorreia@hotmail.com](mailto:sara_dcorreia@hotmail.com)

Atendendo a que o planeamento em saúde pode ser considerado um instrumento para contornar uma realidade determinada por fatores incontroláveis, reconhece-se a importância do Plano Nacional<sup>1</sup> cuja prioridade é a intervenção nas Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Nesse sentido pretende-se descrever este plano do ponto de vista estrutural, assim como analisá-lo à luz do planeamento em saúde e, conseqüentemente, das suas etapas de processo.

O trabalho desenvolvido foi baseado na análise documental com o contributo de vários autores e estudos nacionais na área. A sua estrutura pode ser dividida em dois grandes grupos: um, em que se faz uma análise relativamente a conceitos como, política de saúde, planeamento, plano e programa, contextualizando o programa; outro, em que é realizada a análise e interpretação específica do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares<sup>2</sup>. Os resultados sugerem (apesar dos esforços reunidos ao longo do tempo para diminuir o número de pessoas portadoras de doenças cérebro-cardiovasculares, não serem ainda suficientes) a melhoria dos indicadores de atividade, os quais incutem motivação nas estruturas envolvidas e nos profissionais de saúde.

No entanto, é através de dados que advirão dos registos e monitorização das instituições saúde, (nomeadamente: encaminhamentos/referenciação, consultas, e ativação das “Vias Verdes”) que será possível obter valores reais para a avaliação do Programa.

Espera-se igualmente neste sentido a continuação do desenvolvimento de estudos epidemiológicos que possam fornecer novos dados que reflitam a aplicação deste Programa, assim como a obtenção de dados referentes a outras problemáticas desta temática, nomeadamente e fatores associados e predisponentes da doença, ambos essenciais para a revisão de todo o processo de planeamento, no sentido de dar a melhor resposta às necessidades da população.

As conclusões apontam para a necessidade de atuar de uma forma lógica, coerente e estruturada, na premência de planear e direcionar esforços para alcançar objetivos, com base na metodologia de planeamento, através de um processo contínuo, constituído por diversas fases, como mencionadas por Imperatori<sup>3</sup>, nomeadamente diagnóstico, objetivos, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação.

É na sequência da construção do plano, mediante as referidas fases, que são exaltadas situações assinaladas como alarmantes, dando origem à criação dos Programas Nacionais Prioritários, nomeadamente o abordado, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, com reflexo a nível regional e local.

Assumem-se as doenças Cérebro-Cardiovasculares, como a principal causa de mortalidade na população portuguesa e restante população europeia, apesar da tendência de redução progressiva nos últimos anos<sup>4</sup>. É assim da convergência de esforços e apelo ao planeamento estratégico que resulta este evidente progresso, marcado pelo bem estar e qualidade de vida e que é sustentado por medidas de prevenção relativamente à adoção de estilos de vida saudáveis, correção de fatores de risco modificáveis, avanço significativo na terapêutica e adoção de estratégias organizativas.

### Referências bibliográficas:

- (1) Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/> (acedido em 14 de Dezembro de 2014).
- (2) Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares: <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx> (acedido em 14 de Dezembro de 2014).
- (3) Imperatori E, Giraldes M. Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3a ed.). Lisboa: Escola nacional de Saúde Pública; 1993.
- (4) Direção Geral de Saúde. Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/documentacao-de-referencia.aspx> (acedido em 14 de Dezembro de 2014).

*Palavras-chave:* Plano Nacional de Saúde; Prevenção; Doenças Cardiocerebrovasculares; Estratégias organizativas; Planeamento em Saúde

## Referenciais teóricos em enfermagem e sua utilização em teses de doutoramento em Portugal: análise documental

Sónia Margarida Santos Coelho (2, 26)\*; Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes (20)  
\* *smargaridacoelho@gmail.com*

**Introdução:** A Enfermagem, como qualquer outra área do saber e de profissão, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, sendo o contributo da investigação essencial para o seu desenvolvimento. Existem programas de Doutoramentos na área de enfermagem em Portugal desde 2001, iniciando-se no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar– Universidade do Porto, e posteriormente, nas Universidade de Lisboa e Universidade Católica.

**Material e Métodos:** Realizou-se uma investigação descritiva, de natureza bibliográfica, e análise documental com abordagem quantitativa, pesquisando nos repositórios das três universidades acima mencionadas as Teses de doutoramento/doctoral theses de Enfermagem acessíveis e disponíveis na íntegra em 03 de abril de 2014 com o objetivo de saber quais as teorias/modelos/perspetivas teóricas de enfermagem mais utilizadas nas teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem em Portugal. Ficaram para análise 89 teses que foram agrupadas de acordo com as teorias /modelos/perspetivas teóricas abordadas.

**Resultados:** A maioria das teses de doutoramento de enfermagem/ciências de enfermagem utilizou como referencial teórico alguma teoria/modelo da área de Enfermagem, 32 teses não se encontram vinculadas a teoria/modelo/perspetiva teórica específico. Outras disciplinas do conhecimento foram focadas nas teses como Psicologia; Educação; Filosofia; Direito; Sociologia. Vários referenciais teóricos foram mencionados, as mais utilizadas foram a teoria das transições de Afaf Meleis e seus colaboradores e a Filosofia do Cuidado Transpessoal de Jean Watson.

**Conclusão:** A maioria das teses de doutoramento de enfermagem/ciências de enfermagem utiliza como referencial teórico alguma teoria/modelo da área de Enfermagem, outras buscam guia teórico concomitantemente a outras disciplinas. A teoria das transições de Afaf Meleis e seus colaboradores é a mais utilizada, seguindo-se a filosofia do cuidado transpessoal de Jean Watson.

### Referências Bibliográficas:

- (1) Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004a). Significado da Teoria para a Enfermagem, enquanto Disciplina e Profissão In: Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (Eds), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- (2) Meleis, A. (1995). *Theoretical nursing: Development and progress* (3rd ed.) Philadelphia: J.B Lippincott.
- (3) Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise*. In: Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (Eds), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- (4) Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (Eds), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- (5) Alligood, M.R. (2004). O estado da arte e ciência da teoria de enfermagem. In: Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (Eds), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- (6) Garcia T.R & Nóbrega M.M.L. (2004). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasileira Enfermagem*. 57(2): 228-232.

*Palavras-chave: Enfermagem; Teorias de Enfermagem; Teses Doutoramento; Modelos de Enfermagem; Filosofias de Enfermagem*



## Atributos da esperança para os enfermeiros que cuidam da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: Análise da simbologia do conceito

Andreia Filipa Pires Pacheco (30, 28)\*; Zaida Borges Charepe (51, 5)

\* [andrea.pires.pacheco@gmail.com](mailto:andrea.pires.pacheco@gmail.com)

**Introdução:** À esperança são atribuídos uma série de atributos nomeadamente: resposta humana básica, elemento que oferece uma vida significativa, caracterizada como um processo, elemento dinâmico e não estático e orientado para o futuro<sup>1</sup>, como um processo de transformação e de reencontro com o sentido da vida<sup>2</sup>. É possível encontrar sentido para a vida mesmo quando se trata de uma pessoa com doença incurável e prognóstico de vida limitado<sup>3</sup>, uma vez que, a consciência da iminência da morte consequentemente leva as pessoas a viver intensamente o presente, a apreciar a vida e a natureza, agradecer à família as experiências, a valorizar o belo da vida e a reavaliar e reajustar a prioridade e os seus valores<sup>2;3;4</sup>. A simbologia da esperança subdivide-se em quatro processos, nomeadamente, o processo experiencial (elementos figurativos da natureza); o processo espiritual ou transcendente (elementos figurativos de transcendência); o processo relacional (elementos figurativos das relações interpessoais) e o processo de pensamento racional (elementos figurativos de superação) <sup>2</sup>.

**Objetivos:** Analisar o simbolismo atribuído à esperança pelos enfermeiros através da análise de conteúdo da descrição dos desenhos representativos da esperança.

**Material e métodos:** A investigação é de natureza qualitativa, com uma abordagem exploratório-descritiva. A amostra populacional é constituída por 6 enfermeiros que trabalham num Hospital de Dia, de uma Instituição de cariz privado. Como técnica de colheita de dados utilizámos a entrevista semiestruturada. Para o tratamento dos dados recorreu-se à estatística analítica, utilizando a técnica da análise de conteúdo.

**Resultados:** Dos resultados obtidos a partir do desenho das imagens/símbolos realizados e explicitados pelos enfermeiros, emergiram quatro categorias: Elementos figurativos da natureza, Elementos figurativos das relações Interpessoais, Elementos figurativos de superação e Elementos figurativos da transcendência. Estes elementos figurativos são reveladores dos atributos da esperança descritos na literatura e integrados num processo de compreensão e transferência dos mesmos para o contexto cuidativo, numa dialética entre o significado pessoal e profissional do conceito.

**Conclusão:** Na perspetiva dos enfermeiros a esperança envolve o reconhecimento e a aceitação do sofrimento, associado à doença, numa perspetiva holística e contextual (Elementos figurativos da natureza). Simboliza a transformação da realidade presente e a atribuição de sentido, onde cabe o sentido de fé e o acreditar em algo (mesmo que não comprovado), o que é inerente ao processo espiritual ou transcendente (Elementos figurativos da transcendência). Envolve ainda o desenvolvimento de um sentimento de interligação com outras pessoas e objetos significativos, através de uma relação aberta, a fortalecer o seu sentido de valor (Elementos figurativos das relações interpessoais). Simboliza ainda o estabelecer de objetivos, o mobilizar e a rentabilização de recursos, estabelecendo um sentido de passado, presente e futuro, que é dirigido à autoeficácia e à ação do doente e respetiva família (Elementos figurativos de superação).

### Referências bibliográficas:

- (1) Cutcliffe, John R.; Herth, Kaye A. 2002. The Concept of Hope in Nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*. 11(pp. 832-840).
- (2) Querido, Ana Isabel Fernandes. 2012. A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA EM FIM DE VIDA - Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva [Doutoramento em Enfermagem]. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa.
- (3) Neto, Isabel Galriça. 2004. Para além dos sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In: A dignidade e o sentido da vida (NETO, I. G., AITKEN, H.-H. & PALDRÖN, T.), Pergaminho, Cascais.
- (4) Frankl, Viktor E. 2012. O Homem em Busca de um Sentido. 1ª Edição, Lua de papel. Alfragide. Traduzido por GONÇALVES, F. J. ISBN: 978-989-23-1991-9

*Palavras-chave: Esperança; Doença Oncológica; Cuidados Paliativos; Enfermagem; Simbologia*

## Prevalência de Feridas no CHVNG/E

Noelia Conceição (17)\*

\* [noeliaconceicao@gmail.com](mailto:noeliaconceicao@gmail.com)

**Introdução:** As feridas têm constituído um desafio para a sociedade. Embora alguma investigação acerca desta temática tenha sido realizada ao longo dos anos, estudos epidemiológicos de prevalência de feridas em Portugal são escassos.

**Objetivos:** determinar a prevalência e características das feridas dos pacientes internados no CHVNG/E.

**Metodologia:** Neste trabalho de carácter epidemiológico, o tipo de estudo desenvolvido foi o “cross-sectional”, de prevalência ou transversal, em que os pacientes eram portadores de feridas e estavam internados no CHVNG/E nos dias 6 e 7 de Dezembro de 2012. A colheita de dados foi efetuada pelo investigador e colaboradores, através do preenchimento do questionário referente ao Estudo Epidemiológico de feridas (Universidade Católica Portuguesa).

**Resultados:** A prevalência de feridas no CHVNG/E foi de 39,02%. Dos resultados apresentados neste estudo ressaltou que para uma amostra de 199 pacientes, 46,7% eram do género masculino e 53,3% feminino, com idades compreendidas entre 1 e 96 anos, verificando-se que 59,8% são reformados. Os fatores de risco mais predominantes foram a hipertensão arterial e a dislipidemia (45,2% vs 32,7). A frequência mais elevada de feridas, foi as cirúrgicas e úlceras de pressão (45,2% vs 20,6%), tendo como principal localização o abdómen/peito e cóccix/calcâneo (ferida cirúrgica vs úlcera pressão). Relativamente à duração da ferida, a média foi de 26,63 dias. Em relação às características específicas na análise de cada ferida, estas apresentam na sua maioria tecido de epiteliação e granulação; a pele circundante encontra-se hidratada mas macerada, com nível de exsudado “nenhum”; a duração média de tratamento às feridas foi 12,12 minutos; a mudança de penso mais frequente foi duas vezes por semana; o material com ação terapêutica mais utilizado foi a película transparente, poliacrilato, iodo, espuma, gaze e soro fisiológico.

**Conclusão:** Estes resultados suportam outras pesquisas nacionais e internacionais em que se identificou uma elevada prevalência de feridas. Assim, este estudo resultou em evidências científicas que podem colaborar para tomada de decisão na prevenção e tratamento das feridas, bem como subsidiar investigações futuras.

*Palavras-chave:* Prevalência; Feridas; Tratamento; Pacientes; CHVNG/E

## Necessidades Espirituais dos Doentes Hospitalizados e Intervenções de Enfermagem

André Ribeiro Ramos (29)\*; Sofia Soares (29); Tânia Coelho (29); Amélia Simões Figueiredo (51, 5); Elisabete Nunes (51, 5)

\* *ribeiroramosandre@gmail.com*

**Introdução:** Estudos anteriores já reconheceram a importância das necessidades espirituais dos doentes hospitalizados, porque estão face a situações de vulnerabilidade. As necessidades que os doentes apresentam durante o internamento hospitalar, assim como o desempenho dos profissionais de enfermagem na resposta a estas necessidades, ainda não foram, em grande parte, investigadas. Através de uma revisão da literatura, procurámos identificar as necessidades espirituais dos doentes hospitalizados e, ao mesmo tempo, explorar o papel dos profissionais de enfermagem na prestação de cuidados de assistência espiritual. Torna-se assim pertinente esta investigação no sentido em que responde a uma necessidade de saúde previamente identificada e essencial para o cuidado holístico em Enfermagem.

**Objetivo:** Identificar as necessidades espirituais dos doentes hospitalizados e intervenções de enfermagem, presentes na literatura.

**Métodos e materiais:** A pesquisa foi efetuada no portal “Plataforma de Descoberta EBSCO” do site Universidade Católica Portuguesa (UCP). Foram utilizados os descritores “Spiritual Needs”, “Hospitalized” e “Patients”, com base no método PICOD. Foi efetuada uma revisão da literatura da qual resultaram 207 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como a análise do título e do resumo, a mostra constituiu-se por 6 artigos.

**Resultados e Discussão:** Através da análise dos seis artigos reunidos, foi possível compreender que os utentes hospitalizados possuem necessidades espirituais e existem diversas intervenções que os Enfermeiros podem realizar para a satisfação das mesmas. Falar com o guia espiritual (Padre, Capelão, Pastor) foi a necessidade mais referida pelos autores. O guia espiritual poderá ter um papel religioso, (pode rezar com os utentes, ler o livro sagrado ou ouvir a confissão de pecados), ou um papel espiritual onde é dada a oportunidade para os utentes expressarem os seus medos e ansiedades. Outras necessidades espirituais bastante referenciadas foram ter uma relação com Deus ou com um poder superior, ter uma relação com os outros/família, rezar e praticar a liturgia. Quanto às intervenções, falar sobre a espiritualidade foi uma das mais referidas pelos autores. Quanto a esta intervenção, é referido que se deve identificar as necessidades espirituais dos utentes, sendo este um processo contínuo, pois à medida que o estado de saúde do utente se alterar, essas necessidades podem-se modificar também. Proporcionar todos os recursos espirituais ao utente foi outra intervenção referida. Assim, deve-se colocar ao dispor dos utentes os recursos materiais e humanos necessários à sua prática espiritual, bem como se possível, fornecer o acesso a locais de adoração como por exemplo à capela do hospital. Proporcionar à pessoa um ambiente propício à reflexão espiritual foi a terceira intervenção mais indicada.

**Conclusões:** Esta revisão da literatura conseguiu concretizar o nosso objetivo, identificar as necessidades espirituais dos doentes hospitalizados e intervenções de enfermagem, presentes na literatura. A identificação das necessidades espirituais e a apresentação das intervenções de enfermagem é um passo essencial tanto para a consciencialização da problemática em análise, como para uma melhoria da prática de cuidados pelos profissionais de enfermagem. Pensamos no entanto que seria profícuo, num próximo momento, uma pesquisa focalizada na identificação de focos de enfermagem associadas às respetivas intervenções dos enfermeiros, diferenciando-as pelo seu valor na continuidade de cuidados: resposta reativas às necessidades dos utentes vs intervenções continuadas.

### Referências Bibliográficas:

- (1) GRAY et al. (2004). *Spiritual Perspective and needs: a comparative study of nursing faculty in a christian university and a state university*. Taylor & Francis Group.
- (2) SARTORI, P. (2010). *Spirituality 2: exploring how to address patients’ spiritual needs in practice*. Nursing Times.
- (3) GALEK et al. (2005). *Assessing a Patient’s Spiritual Needs*.
- (4) MARCH, P.; CAPLE, C. (2014). *Spiritual Needs of Hospitalized Patients*. Cinahl.
- (5) CURLIN, F. (2006). *Spirituality and Lifestyle: What Clinicians Needs to Know*. Southern Medical Association.
- (6) ELLIS et al. (2012). *The Spiritual Needs and Resources of Hospitalized Primary Care Patients*. Journal of Religion and Health.

*Palavras-chave: Spiritual Needs; Hospitalized Patients; Nursing Interventions*

## Viver em solidude depois dos 80 anos: estudo de caso

Maria Albertina Álvaro Marques (36, 26)\*; Margarida M Vieira (51, 5)

\* [albertinamarques@ess.ipv.pt](mailto:albertinamarques@ess.ipv.pt)

**Introdução:** A ideia de que a pessoa idosa com muita idade não tem capacidade para viver só, tem vindo a ser contrariada ao longo dos anos. O aumento da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio, está na base deste fenómeno. De facto, a população idosa acima dos 80 anos tem aumentado significativamente. Na Europa entre 2005 e 2014 passou de 4% para 5,1% da população e em Portugal passou de 3,9% para 5,5% da população (Eurosat,2015). A par desta realidade, cresce o número de pessoas idosas a viverem sós. Em Portugal, na última década, o crescimento foi de 29%, sendo atualmente cerca de 400 mil as pessoas idosas que vivem sós. É importante referir que são os mais velhos que mais vivem em agregados unipessoais. Assim, sensivelmente um em cada quatro pessoas acima dos 75 anos vive só, comparativamente ao grupo etário dos 65 e mais anos, que são um em cada cinco os que vivem sós (INE, 2014). É uma população constituída maioritariamente por mulheres; apresentam níveis de escolaridade baixos e enquadramentos estruturais pouco qualificados; predominantemente em situações de reforma ou fim da vida profissional; a mono-residência surge, essencialmente, como consequência de viuvez e divórcio (INE, 2013). Neste contexto, apesar da condição de viver só, isto é em solidude, implicar que a pessoa seja autónoma, é simultaneamente caracterizada por limitações bio-psico-socio-espirituais o que a define como frágil. Esta fase da vida é, não raras vezes, acompanhada de sofrimento e considerada como um marco de redefinição da própria vida, exigindo uma readaptação da pessoa. Preocupadas com esta realidade surge a questão de investigação – como é que as pessoas idosas maiores de 80 anos experienciam a solidude? Com o objetivo de compreender o significado atribuído à experiência de viver em solidude depois dos 80 anos, visando contribuir para aprofundar o conhecimento que permita uma intervenção de enfermagem mais adequada às suas necessidades.

**Materiais e métodos:** Estudo de Caso enquadrado na metodologia qualitativa. Na recolha de dados utilizou-se a entrevista. Para tratamento dos dados, utilizou-se a análise de significados, segundo Cohen, Kahn e Steeves (2000). Os procedimentos ético-deontológicos foram respeitados. A confidencialidade da identidade do participante foi assegurada pelo uso de nome fictício.

**Resultados e discussão:** Compreender a experiência de solidude vivida depois dos 80 anos não se pode destituir do seu carácter subjetivo, imputando à pessoa o direito, frequentemente limitado, de expressar as suas perceções, pensamentos e sentimentos. Neste sentido, analisado o depoimento da Sra. Miriam os achados revelam que a solidude é experienciada a nível físico, emocional e social.

A nível físico os achados revelam, que a perda de memória e a diminuição da capacidade funcional repercute-se no bem-estar. Relativamente à dimensão emocional verificamos que a perda de sentido de viver, sentir-se só experienciado de forma envergonhada e a atitude de resignação, contrapõe-se à necessidade de se sentir reconhecido. Verificamos ainda que o sentimento de impotência, a insegurança e a preocupação está presente no quotidiano de quem vive só.

Relativamente à dimensão social há uma necessidade evidente de sentir-se útil e de manter um processo constante de interajuda. A rede de apoio centra-se predominantemente na família e vizinhos. Também verificamos que mobilizam estratégias superativas do sentir-se só tais como manter a realização de funções domésticas e a procura de distrações.

**Conclusão:** Os resultados sugerem que a velhice em solidude vivida depois dos 80 anos revela uma multiplicidade de experiências que revelam fragilidade e sofrimento. Assim, impõe-se, aos enfermeiros, um olhar focado e profundo a todas as dimensões da pessoa, no sentido de uma intervenção humana, adequada, assegurando uma velhice com dignidade.

### Referências bibliográficas:

- (1) COHEN, Marlene Zichi; KAHN, David L.; STEEVES, Richard H. – Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical guide for Nurse Researchers. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, Inc, 2000. 114p. ISBN: 0-7619-1720-9
- (2) EUROSTAT - Population (demo\_pop). Reference Metadata in Euro SDMX Metadata Structure (ESMS) Compiling agency: Eurostat, the statistical office of the European Union. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-data/database>. Consultado 13-4-2015
- (3) INE, Instituto, Nacional de Estatística - Famílias nos censos 2011: diversidade e mudança Anabela Delgado, Karin Wall (coordenadoras). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística: ICS. Imprensa de Ciências Sociais, 2014. - ISBN 978-989-25-0290-8 (INE) ISBN 978-972-671-336-4 (ICS.2014
- (4) INE, Instituto, Nacional de Estatística - Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança. Destaque. Comunicação à informação social. INE. 20.nov.2013. Disponível. <file:///C:/Users/USER/Downloads/20FamíliasCensos2011.pdf>. Consultado.13-4-2015

*Palavras-chave:* Pessoa ; maior de 80 anos; Solidude; Experiência; Viver só

## Sobrecarga do membro de família prestador de cuidados e número de feridas do recetor: Que relação?

Tânia Costa (26, 51)\*; Armando Almeida (26, 51); Patrícia Coelho (26, 51); Maria Clara Braga (26, 51); Luís Sá (5, 51)

\* [tcosta@porto.ucp.pt](mailto:tcosta@porto.ucp.pt)

**Introdução:** Face à inaptidão do serviço nacional de saúde e às alterações sociodemográficas o número de idosos que recebe cuidados informais assegurados por um membro da família prestador de cuidados, em contexto domiciliário, tem vindo a aumentar bem como a procura de apoio junto de resposta sociais, destacando-se sobretudo o serviço de apoio domiciliário. Todavia, as dificuldades experienciadas no exercício do papel parecem contribuir para a sobrecarga que, por sua vez, influencia o estado de saúde do recetor, nomeadamente, no número de feridas do mesmo.

**Objetivo:** Avaliar a sobrecarga do membro da família prestador de cuidados e o risco de desenvolver úlcera por pressão do recetor de cuidados. Averiguar a existência de relação entre a sobrecarga do prestador de cuidados e o número de feridas do recetor.

**Material e métodos:** Estudo transversal analítico. Foram elegíveis como participantes 30 díades de cuidados constituídas por membros da família prestadores e recetores de cuidados que residiam em contexto domiciliário na cidade do Porto e que estavam inscritos num serviço de apoio domiciliário da mesma cidade. A colheita de dados contemplou a avaliação demográfica, socioeconómica; da sobrecarga do cuidador informal (Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal); do risco do recetor de cuidados desenvolver úlcera por pressão (Escala de Braden) e do número de feridas do recetor. Os dados foram analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences versão 22 para o Windows. Foi assegurado o consentimento informado.

**Resultados:** A maioria dos membros da família prestadores de cuidados é do sexo feminino (76,7%), casados (73,3%), com baixa escolaridade e idade média de  $74 \pm 6,9$  anos (Min: 65; Max: 86). Predominava a classe média baixa (73%) e todos tinham escolaridade inferior ao 4º ano. Relativamente à sobrecarga, 63% dos membros da família prestadores de cuidados apresentavam sobrecarga moderada, 30% elevada e 7% extrema. A avaliação do risco de úlcera por pressão demonstrou que 90% apresentava risco elevado.

A maioria dos recetores de cuidados não apresentam feridas (N=15) enquanto relativamente aos restantes, evidenciou-se que 5 apresentam uma ferida; 6 duas; 4 três e 1 cinco. O cálculo de coeficiente de correlação de Pearson revelou uma correlação estatisticamente significativa entre a sobrecarga do membro da família prestador de cuidados e o número de feridas do recetor de cuidados ( $r=-0,499$ ;  $p=0,009$ ).

**Conclusão:** Os membros da família prestadores de cuidados com níveis de sobrecarga inferior assumem o exercício deste papel para com recetores de cuidados que apresentam um número superior de feridas. Nesta amostra em particular, a negligência parece explicar os achados. De futuro, no contexto dos serviços de apoio domiciliário, torna-se relevante uma avaliação multidimensional que permita ampliar a compreensão acerca do fenómeno mas também a implementação de respostas personalizadas.

*Palavras-chave:* Enfermagem; Úlcera de pressão; Membro da família prestador de cuidados; Sobrecarga; Comunidade

## Sofrimento do Cuidador Informal da Pessoa Hospitalizada

Sónia Isabel Araújo Sardinheiro (29)\*; Inês Sotero (29); Marta Monteiro (29); Isabel Rabiais (51, 5); Ricardo Picoito (32)

\* [sias1994@hotmail.com](mailto:sias1994@hotmail.com)

**Introdução:** O sofrimento é transversal às várias dimensões do ser humano, sendo uma experiência pessoal e complexa que não se deve propriamente à causa mas também ao risco que representa para a identidade da pessoa. A enfermagem, enquanto profissão e disciplina do conhecimento, atende às necessidades não só da pessoa sã ou doente, mas também às do(s) seu(s) cuidador(res) informal(ais), sendo a relação estabelecida entre enfermeiro-utente-família fulcral para a melhoria da qualidade de vida.

Muitos estudos que envolvem a família, mostram existir sofrimento durante a doença de um ente querido. Verificam-se momentos de vulnerabilidade, tensão e dificuldades relacionais entre familiares, constituindo o enfermeiro um elemento de referência para apoiar neste processo de transição.

**Objetivo:** Contextualizar o sofrimento da pessoa hospitalizada e respetiva família e identificar as estratégias adequadas para apoiar o processo de transição.

**Métodos e materiais:** A pesquisa foi efetuada na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online (B-on), utilizando os descritores: “Suffering”, “Nursing Interventions”, “Family” and “Transition”. Realizada uma revisão da literatura da qual resultaram 200 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como a análise do título e do resumo, a amostra constituiu-se por 4 artigos.

**Resultados e Discussão:** Dos quatro artigos analisados, emergiram intervenções de enfermagem, por forma a responder à questão de investigação e direcionar a gestão do sofrimento dos familiares das pessoas hospitalizadas, promovendo uma transição saudável. Destaque para a otimização do suporte familiar, com necessidade de desenvolver uma relação de confiança; manter a confidencialidade; colaborar com a família e encorajar o diálogo entre a mesma; atender ao sofrimento físico, psicológico e espiritual do familiar; compreender a existência de pressões sociopolíticas, desemprego e indefinição do futuro e proceder ao encaminhamento para os profissionais adequados, promovendo uma atuação inter e multidisciplinar.

Reforça-se a necessidade de reservar tempo específico para dialogar com a família; compreender a história de vida anterior à doença e observar os comportamentos de cada membro da família perante a situação de doença.

Por fim, igualmente como intervenções de enfermagem fundamentais para a gestão do sofrimento dos familiares de pessoas hospitalizadas importa manter a dignidade do doente; promover a autonomia e atualizar a família relativamente à situação clínica do mesmo.

**Conclusões:** A identificação de estratégias promotoras de um processo de transição saudável constitui-se um passo essencial tanto para a consciencialização da problemática em análise, como para uma melhoria da qualidade dos cuidados. Contudo, e após compreender a importância das intervenções adequadas, verificámos que apesar de existirem diversas formas de aliviar o sofrimento do Outro, parte da dimensão do “eu”, própria de cada enfermeiro, conseguir adaptar os seus cuidados às diferentes realidades que vivencia e às diferentes necessidades das pessoas com quem interage.

### Referências Bibliográficas:

(1) NATAN, Merav Ben; GARFINKEL, Doron; SHACHAR, Irit (2010). End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff. *European Journal of Oncology Nursing*. Vol.14 (Setembro, 2010), pág. 299–303

(2) PAVLISH, Carol; BROWN-SALTZMAN, Katherine; HERSH, Mary; SHIRK, Marilyn; ROUNKLE, Ann-Marie (2011). Nursing Priorities, Actions, and Regrets for Ethical Situations in Clinical Practice. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol.43 (Dezembro, 2011), pág. 385–395

(3) PEIXOTO, Maria José; BORGES, Elizabete (2011). O sofrimento no contexto da doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Nº6 Porto (Dezembro, 2011)

(4) PERSSON, Carina; BENZEIN, Eva (2014). Family Health Conversations: How Do They Support Health. *Nursing Research and Practice*. Vol.2014, Article ID 547160, 11 pages, 2014. Doi:10.1155/2014/547160

*Palavras-chave: Suffering; Nursing Interventions; Family; Transition*

## Últimos dias e horas de vida na perspetiva dos profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Paliativos

João Castro (9, 43)\*; Luís Sá (51, 5); Patrícia Coelho (51, 26)  
\* joaacastro85@hotmail.com

**Introdução:** Os últimos dias e horas de vida, designados também por fase de agonia, define-se como um estado que precede a morte, em doenças quando a vida se extingue gradualmente (Alonso, Vilches, & Díez, 2008). O reconhecimento de que o doente está a evoluir para uma fase de agonia é fundamental, por forma a identificar necessidades específicas e implementar novas intervenções, adequando, o plano de cuidados ao doente e família. Os Cuidados Paliativos [CP] devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar dotada de competências específicas e treino adequado. Assim, a formação, mais de qualquer outro recurso físico ou técnico, é o elemento essencial no sucesso das equipas de CP (APCP, 2006).

**Objetivo:** Perceber as opiniões e perspetivas dos profissionais de saúde, de uma Unidade de CP do norte de Portugal, sobre os cuidados de saúde ao doente e família nos últimos dias e horas de vida.

**Material/Métodos:** Foi aplicado um questionário, elaborado com base em questões extraídas da revisão bibliográfica. Foi usada para as respostas, uma escala de Likert para a sua classificação que corresponde às categorias seguintes: “discordo muito”, “discordo”, “concordo” e “concordo muito”. Para caracterização da amostra teve-se em conta, o sexo, idade, profissão e formação em CP. As variáveis foram analisadas tendo em conta as respostas consideradas mais corretas no questionário, que foram definidas à priori na sua construção. Para cada alínea, definiu-se qual seria o posicionamento mais adequado numa escala de um a quatro. Esta análise foi feita após a inversão de algumas respostas, uma vez, que algumas foram, propositadamente, colocadas na negativa. O tratamento de dados foi efetuado no programa informático SPSS.

**Resultados:** Os resultados permitiram-nos explorar dados relativos ao diagnóstico e planeamento, controlo de sintomas, apoio à família, trabalho em equipa e cuidados gerais. A amostra para este estudo foi constituída por 31 elementos, salientando do questionário aplicado os seguintes resultados:

- 1.ª questão: “A fase agónica é:”, alínea c) O agravamento do estado geral associado à presença de um agravamento de astenia e diminuição da capacidade para deglutir, em que respondem adequadamente com “concordo muito” 1 caso e “concordo” 14 casos, tendo os restantes 16, respondendo inadequadamente.

- 5.ª questão: “Nos últimos dias e horas de vida o controlo de sintomas assenta em princípios como:”, alínea a) Na oferta de cuidados que tenham em conta aspetos físicos, em que 7 e 3 casos respondem inadequadamente com “concordo” e “concordo muito”, respetivamente.

- 11.ª questão: “No controlo da dispneia e estertor/respiração ruidosa:” alínea d) Caso as secreções já estejam presentes, deve-se administrar furosemida e realizar aspirações suaves sempre que necessário, em que respondem adequadamente 13 casos, e de forma inadequada com “discordo” e “discordo muito”, 11 casos e 7 casos respetivamente.

**Discussão:** Consideramos que na 1.ª questão, é patente um deficit de conhecimentos relacionados com os critérios de diagnóstico. Nesta fase, é essencial a definição de um diagnóstico adequado, por forma a adequar as intervenções e redefinir o plano de cuidados. A filosofia em CP implica uma visão holística da pessoa, que tendo em conta os resultados obtidos, demonstra ainda comportamentos desajustados (5.ª questão). O controlo de sintomas exige um adequado conhecimento teórico e técnico para implementar as intervenções necessárias e evitar comportamentos desajustados (11.ª Questão).

**Conclusão:** É consensual que a maior barreira para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados parece ser a falta de conhecimento (Eyigor, 2013), pelo que se torna urgente o desenvolvimento de programas de formação para melhorar o conhecimento e auto-eficácia (Pfister, et al, 2013). As equipas de profissionais de saúde devem assumir uma postura de desenvolvimento, realizando uma avaliação das suas intervenções, identificando os pontos fortes bem como os de melhoria. A realização deste trabalho permitiu-nos elaborar uma estrutura para um manual de procedimentos, que foi desenvolvido para posterior aplicação no serviço. Concluimos que são necessárias ações de formação por forma a concertar conhecimentos e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesta fase dos cuidados da vida de uma pessoa.

### Referências Bibliográficas:

- (1) Fifth-Year Medical Student’s Knowledge of Palliative Care and Their Views on th Subject. Eygor, Sibel. 8, 2013, Journal of Palliative Care, Vol. 16, pp. 941-944.
- (2) German Nursing Home Professionals Knowledge and Specific Self-Efficacy Related to Palliative Care. Pfister, David, et al. 7, 2013, Journal of Palliative Care, Vol. 16, pp. 794-98.
- (3) Atencion en la Agonia. Alonso, Alberto, Vilches, Yolanda e Díez, Leyre. 2-3, 2008, Psicooncologia, Vol. 5, pp. 279-301.
- (5) Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. [Online] Março de 2006. [Citação: 15 de Abril de 2015.] [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao\\_em\\_CP.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf).

*Palavras-chave:* Cuidados Paliativos; Últimos dias e Horas de Vida; Qualidade; Formação





- 1 | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo | Portugal
- 2 | Administração Regional de Saúde do Centro | Portugal
- 3 | Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central | Portugal
- 4 | Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Charneca | Portugal
- 5 | Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal
- 6 | Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão | Portugal
- 7 | Centro Hospitalar Barreiro - Montijo | Portugal
- 8 | Centro Hospitalar de Leiria | Portugal
- 9 | Centro Hospitalar de São João (CHSJ) | Portugal
- 10 | Centro Hospitalar de Setúbal | Portugal
- 11 | Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António | Portugal
- 12 | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra | Portugal
- 13 | Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de D. Estefânia | Portugal
- 14 | Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital Curry Cabral | Portugal
- 15 | Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria | Portugal
- 16 | Centro Hospitalar Póvoa do Varzim / Vila do Conde | Portugal
- 17 | Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Espinho | Portugal
- 18 | Centro Social Paroquial S. António | Portugal
- 19 | Direção Geral de Saúde | Portugal
- 20 | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Portugal
- 21 | Escola Superior de Enfermagem do Porto | Portugal
- 22 | Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa | Portugal
- 23 | Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa | Portugal
- 24 | Escola Superior de Saúde de Viseu | Portugal
- 25 | Estudante da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal
- 26 | Estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal
- 27 | Estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar | Portugal
- 28 | Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Avançada (UCP-ICS) | Portugal
- 29 | Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Comunitária (UCP-ICS) | Portugal

- 30 | Hospital CUF - Descobertas | Portugal
- 31 | Hospital das Forças Armadas - Pólo de Lisboa | Portugal
- 32 | Hospital de S. Francisco Xavier | Portugal
- 33 | Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde | Portugal
- 34 | Instituto Politécnico de Portalegre | Portugal
- 35 | Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém | Portugal
- 36 | Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde | Portugal
- 37 | Instituto Português de Oncologia, Porto - Portugal
- 38 | Prefeitura Municipal de Pamaíba-Piauí | Portugal
- 39 | Queen Alexandra Hospital | Reino Unido
- 40 | Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. | Portugal
- 41 | Unidade de Cuidados Continuados de Vila do Conde | Portugal
- 42 | Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Ermesinde/Valongo | Portugal
- 43 | Unidade de Cuidados Continuados, We Care - Póvoa de Varzim | Portugal
- 44 | Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - UICISA-E | Portugal
- 45 | Unidade Local de Saúde de Matosinhos | Portugal
- 46 | Universidad Católica de Valencia | Espanha
- 47 | Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem | Portugal
- 48 | Universidade do Minho - Laboratório de Paisagens, Património e Território (Lab2PT) | Portugal
- 49 | Universidade Atlântica | Portugal
- 50 | Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Sociais | Portugal
- 51 | Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal
- 52 | Universidade de Aveiro - Departamento de Educação | Portugal
- 53 | Universidade de Marília | Brasil
- 54 | Universidade do Algarve | Portugal
- 55 | Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar | Portugal
- 56 | Universidade do Vale do Rio dos Sinos | Brasil
- 57 | Universidade Federal de Pelotas | Brasil
- 58 | Universidade Federal de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto | Brasil
- 59 | Universidade Federal de São Paulo | Brasil



- 8**
- 80 anos  
maior de, 90
- A**
- Adoecer*  
e estar doente, 46
- Adolescentes*, 30
- Alimentação*, 32
- Ambientes da prática*, 53
- António Maria de Sena*, 78
- Assistência à saúde*  
Indicadores de qualidade em, 69
- Atenção Básica*, 33  
*Política Nacional de*, 33
- Autism*, 59
- Autocuidado*, 36, 37, 41, 61, 62
- Autoeficácia*, 66
- Auto-gestão*, 41
- Autonomia*, 62  
*Reconstrução da*, 36, 37
- Avaliação*, 32
- B**
- Bioética*, 31
- Biografia*, 78
- Brasil*, 44
- C**
- Call center*, 71
- Cancro*  
de mama feminino, 46
- Centros de Dia*, 43
- Ch**
- Child development*, 51
- CHVNG/E*, 88
- C**
- Cognição*, 65
- Competencies*, 49
- Comunidade*, 91  
Residentes na, 47
- Conversação*, 42
- Criança*, 57
- Cuidadores*  
Informais, 61
- Cuidados*  
de enfermagem em parceria, 58  
de saúde
- aceitação pelo utente de, 68
- Aceitação pelo utente de, 71
- Paliativos*, 60, 87, 93
- Pediátricos, 57
- Qualidade dos, 52
- D**
- Défice estatura-ponderal*, 32
- Dependência*, 36, 37  
(In) dependência, 36
- Depressão*, 30
- Desempenho*  
académico, 54
- Desenvolvimento moral*, 31
- Diagnósticos de enfermagem*, 38
- Disaster  
*Nursing*, 49  
Training, 49
- Disfunção*, 77
- Documentação*, 80
- Doença*  
Cardiocerebrovasculares, 85  
Crónica, 39, 41, 76  
Intrusividade da, 39  
Oncológica, 60, 87
- Doente*  
Segurança do, 53
- Domicílio*, 38
- Dor*, 67, 84
- Dotações*, 63
- Drogas*  
Dependência de, 55
- E**
- Eficácia*, 84
- Empowerment*, 76
- Enfemagem*  
Modelos de, 86
- Enfermagem*, 32, 33, 39, 41, 42, 45, 47, 53, 54, 55, 60, 62, 64, 66, 67, 69, 70, 72, 74, 75, 76, 77, 80, 86, 87, 91
- Administração em, 69
- Diagnósticos de, 38, 77
- Ética em, 31
- Filosofias de, 86
- Geriátrica, 58
- História da, 78
- Legislação de, 83
- Registos de, 83
- Teorias de, 86
- Enfermeiros*, 52  
*Juízo clínico do*, 37
- Ensino Clínico*, 64
- Envelhecimento*, 61
- Escalas*, 39  
*Construção de*, 30
- Esperança*, 60, 87
- Espiritualidade*, 72
- Esquizofrenia*, 42
- Estimulação*, 65
- Estratégias*  
Organizativas, 85
- Estudantes*, 45, 54
- Estudo de Caso*, 74
- Ética*  
em enfermagem, 31
- Eventos adversos*, 63
- Evidence Based Practice*, 82
- Experiência*, 90
- F**
- Família*, 43, 58
- Family*, 92
- Feridas*, 88
- Feridos*, 35
- Formação*, 93
- Frequência*  
às aulas, 54
- G**
- Generalização*, 74
- H**
- Habilidades*, 42
- Health Education*, 82
- História*, 75
- Home care*, 79
- Hospitalized Patients*, 89
- I**
- Idosos, 44, 47, 61, 62, 65  
Lares de, 43  
Pessoa Idosa, 43
- Illness*  
Chronic, 40
- Independência, 62  
(In) dependência, 36
- Indicadores de serviço*, 69
- Intervenção Comunitária*, 50
- Intervenções*, 67
- Investigação*, 80  
Acção, 50  
Qualitativa, 60
- J**
- Juízo clínico*  
do enfermeiro, 37

## L

*Lisboa*, 34, 35  
*Literacia em saúde*, 30  
*Literacy*, 82  
    Early, 51  
    Emergent, 51  
    Emergent literacy practices,  
        51  
    Home literacy practices, 51  
*Lombalgia*, 84  
*Luto*, 57  
    Processo de, 57

## M

*Medicação*  
    Erros de, 52  
    Segurança da, 52  
*Mental Health*, 81  
*Mental Illness*, 82  
*Metadona*  
    Programa de, 55  
*Modelo de Supervisão Clínica*,  
    38  
*Moral*, 31  
*Morte*, 57  
*Músculo-esquelética*, 67

## N

*NANDA-I*, 77  
*Narrativas*  
    análise de, 46  
*Nurse*  
    staffing, 63  
*Nursing*, 59, 79, 81, 82  
    *Diagnosis*, 40  
    *Homes*, 56  
    *Interventions*, 89, 92

## O

*Oficinas de Emprego*, 50  
*Oscilações Profundas*, 84  
*Outcomes*, 56

## P

*Pacientes*, 88  
*Pain*  
    Suffering and, 40  
*Palliative care*, 79  
*Paralisia cerebral*, 32

*Patient*  
    needs, 79  
    Preferences, 79  
*Perceção*, 45  
*Pesquisa Documental*, 75  
*Pessoa*  
    em fase final de vida, 38  
*Pessoa Idosa*, 43  
*Pessoas Idosas*, 44  
*Portugal*, 53  
*Práticas*, 33  
*Prestador de cuidados*  
    Membro da família, 91  
*Prestadores de Cuidados*  
    Famíliares, 38  
*Prevalência*, 88  
*Prevenção*, 85  
*Professores*, 70  
*Psiquiatria*, 78  
*Psychosocial Rehabilitation*, 81

## Q

*Qualidade*, 93  
    de Vida, 41, 43, 44, 70  
*Quality Assurance*, 48  
*Quedas*, 47  
    Fatores de risco de, 47

## R

*Racios*, 63  
*Recomposição Social*, 50  
*Recursos humanos*  
    Administração de, 69  
*Registered nurses*, 56  
*Relações profissional-paciente*,  
    72  
*Religião*, 72  
*Resultados*, 76  
*RN4CAST*, 53

## S

*Safety in Health Care*, 48  
*Satisfação*  
    com os cuidados, 55  
*Saúde*  
    Mental, 30, 55, 78  
    Comunitária, 50  
    Planeamento em, 85  
    Plano Nacional de, 85  
    Pública, 44  
    Serviços de, 68, 71

*SCD/E*, 63  
*Segurança*  
    dos clientes, 52  
*Sensibilidade moral*, 31  
*Sexual*, 77  
*Simbologia*, 87  
*Sistema Único de Saúde*, 33  
*Sistemas de Informação*, 80  
*Sobrecarga*, 61, 91  
*Solidariedade*, 34  
*Solitude*, 90  
*Spiritual Needs*, 89  
*Suffering*, 40, 92  
    and Pain, 40  
*Suffering Assessment*, 40  
*Supervisão Clínica*  
    Modelo de, 38

## T

*Tatuagem*, 45  
*Tecnologias de informação e*  
    comunicação, 80  
*Telenfermagem*, 68, 71  
*Terapia*, 84  
*Terapias complementares*, 46  
*Terramoto*, 34, 35  
*Teses Doutoramento*, 86  
*Therapeutic environment*, 81  
*Therapeutic Occupation*  
    Activities, 81  
*Tomada*  
    de Decisão, 64  
*Trabalho*, 70  
    Capacidade para o, 70  
    de Parto, 66  
*Transições*, 36, 37  
    teoria das, 46  
*Transition*, 92  
*Tratamento*, 88  
*Trauma*, 48

## U

*Úlcera de pressão*, 91  
*Últimos dias e Horas de Vida*,  
    93  
*Utentes*  
    satisfação dos, 68

## V

*Validação*, 39, 76  
*Viver só*, 90