INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO

REVISTA DA UIIPS

NÚMERO DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

REVISTA da UIIPS Novembro **2014** Nº 5 Vol. 2

Editores

Diretor e Subdiretor da UIIPS

Pedro Sequeira (ESDRM, IPS)

Marília Henriques (ESAS, IPS)

Conselho Editorial

Escola Superior Agrária (ESAS)

Artur José Guerra Amaral

Marília Oliveira Inácio Henriques

Paula Lúcia da Mata Silvério Ruivo

Escola Superior de Desporto (ESDRM)

João Miguel Peres Moutão

Luís Filipe Cid Serra

Rita Santos Rocha

Escola Superior de Educação (ESES)

Maria João Cardona

Maria Potes Barbas

Susana Colaço

Escola Superior de Gestão e Tecnologia (ESGTS)

João Paulo Rodrigues Samartinho

Susana Cristina Henriques Leal

Escola Superior de Saúde (ESSS)

Hélia Dias

Isabel Barroso

José Amendoeira

Ficha Técnica

ISSN 2182-9608

Periodicidade: 5 números por ano

Características: Politemática mas com números temáticos

Suporte: Digital

Edição e Distribuição

Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) **http://www.ipsantarem.pt/arquivo/5004**

Propriedade

Instituto Politécnico de Santarém **http://www.ipsantarem.pt**

Complexo Andaluz, Apartado 279

2001-904 Santarém

EDITORIAL

Há um ano atrás escrevíamos que a Revista da UIIPS se revestia como uma iniciativa capaz de promover a divulgação dos estudos desenvolvidos nas diferentes áreas científicas, consolidando a capacidade de estudantes e professores para publicar os resultados da investigação ou atividades de extensão à comunidade que desenvolvem ao longo do ano.

O número 6 da Revista da UIIPS, da responsabilidade da Escola Superior de Saúde, reforça a oportunidade para a publicação de artigos que traduzem a dinâmica de investigação desenvolvida por professores, estudantes de mestrado e enfermeiros com grau de mestre.

Nem sempre se constitui tarefa fácil preparar e submeter artigos ao sufrágio da academia, resultando para este número da revista um conjunto de artigos que demonstram a atividade da Escola como centro de consolidação da translação do conhecimento, mobilizando para o efeito resultados que vão desde as atividades de extensão à comunidade até à síntese do conhecimento com recurso à revisão sistemática da literatura, passando por propostas de teorização concetual no domínio científico da Enfermagem.

É reforçada a participação dos estudantes de mestrado no processo de publicação, demonstrando a capacidade da Escola em afirmar-se na Missão que preconiza a integração do ensino, da investigação e da extensão à comunidade como estratégia conducente à qualidade do serviço educativo prestado à sociedade. É nesta matriz que se inserem os artigos submetidos a este conselho editorial, num total de vinte e dois, abrangendo diferentes áreas de especialização do conhecimento em enfermagem e resultando de processos de investigação para obtenção de grau académico e de investigação aplicada, bem como de atividades desenvolvidas no âmbito da extensão à comunidade.

Dos vinte e um artigos que constituem esta revista, a maioria recorrem à Revisão Sistemática de Literatura como instrumento que sustenta e consolida uma prática baseada na evidência, constituindo-se assim num contributo real para o desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e profissão, fortalecendo uma perspetiva de interdisciplinaridade essencial à promoção da qualidade também nos processos de cuidados. O Conselho Editorial da Revista nº 6 da UIIPS congratula-se pela qualidade dos artigos publicados, agradecendo aos autores e aos revisores que permitiram assegurar esta qualidade.

Há um ano atrás considerávamos estarem lançadas as bases para uma continuidade crescente de produção individual e coletiva de investigação, confirmando-se a expetativa com o aumento do número e qualidade dos artigos submetidos e aprovados. Caros

professores, estudantes e enfermeiros das instituições parceiras aceitem o convite à preparação de novos estudos, projetos e relato de atividades, para que o número 7 da nossa revista, se constitua como o modo e o espaço para em cooperação, assumirmos o Comité para Prática Baseada na Evidência enquanto estrutura informal que pretende constituir-se como contexto propício ao desenvolvimento da metodologia da Revisão Sistemática de Literatura para uma consequente prática baseada na evidência.

A todos o nosso bem-haja.

O Conselho Editorial, 21 de novembro de 2014

ÍNDICE

AS ATITUDES DOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE **7**
Hélia Dias, Olímpia Cruz, Conceição Santiago, Teresa Carreira & José Amendoeira

A INTUIÇÃO E O CONHECIMENTO EM USO PELOS ENFERMEIROS **21**
Fátima Saragoila

GESTÃO DA DOR - QUE RESPOSTAS DE ENFERMAGEM **33**
UM ROTEIRO METODOLÓGICO PARA O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO
Irene Santos, José Amendoeira, Isabel Barroso, Celeste Godinho, Cassilda Sarroeira,
Marta Rosa, & Gina Marques

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: ATITUDES DOS ENFERMEIROS **48**
Maria Teresa Coelho & Carlos Sequeira

PARENTALIDADE POSITIVA E CAPACITAÇÃO PARENTAL NO CUIDADO À CRIANÇA DOENTE **61**
Maria Salomé Brás, Regina Ferreira & Lurdes Torcato

PROMOÇÃO DE SAÚDE COM ADOLESCENTES: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA **75**
Elsa Bispo; Mafalda Girão; Rita Hipólito & José Amendoeira

PROMOÇÃO DA SAÚDE E *EMPOWERMENT* NO CUIDAR DA CRIANÇA **89**
EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA
Marisa Serra, Isabel Branco, Maria do Carmo & José Amendoeira

CUIDAR DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS CULTURALMENTE DIVERSAS **103**
Mafalda Vala, Paulo Neto, Luís Silvério, Alcinda Reis & José Amendoeira

TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA PROMOÇÃO **112**
DO ENVELHECIMENTO ATIVO: DESAFIO DESTE SÉCULO
José Amendoeira, Marta Rosa & Ana Paula Bettencourt

TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL: **128**
ANÁLISE SEGUNDO O MÉTODO SINTÉTICO DE MCEWEN E WILLS
Sandrina Crespo, Rafael Rodrigues, Corália Vicente,
José Amendoeira & Maria do Céu Barbieri-Figueiredo

NURSING-SENSITIVE OUTCOMES INSTRUMENTS. A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW **146**
Regina Ferreira & José Amendoeira

***FOCUS GROUP* NA INVESTIGAÇÃO EM CONTEXTOS MULTICULTURAIS DE CUIDADOS** **159**
Alcinda Reis & Arminda Costa

A EPISIOTOMIA/EPISIORRAFIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA DA MULHER **172**
- UM OLHAR, UMA PERSPETIVA
Ana Lésico, Lurdes Torcato & Teresa Carreira

EMPOWERMENT DA PESSOA COM IMAGEM CORPORAL ALTERADA: UMA REVISÃO **185**
SISTEMÁTICA DA LITERATURA
Catarina Santos, Sónia Silva & Isabel Barroso

A ESPIRITUALIDADE NA GESTÃO DO AUTOCUIDADO: QUE DESENHOS DE INVESTIGAÇÃO? **199**
Fátima Cunha & Cassilda Sarroeira

CUIDAR DE CRIANÇAS EM RISCO: PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE SITUAÇÕES DE MAUS-TRATOS **217**
Joana Gonçalves, Regina Ferreira & Joaquim Duarte

ENFERMAGEM AVANÇADA. CONTRIBUTO PARA O PROCESSO DE TEORIZAÇÃO EM ENFERMAGEM **232**
José Amendoeira, José Lourenço, Isabel Barroso, Maria do Carmo Figueiredo, Olimpia Fonseca, Celeste Godinho, Alcinda Reis, Fátima Saragoila & Mário Silva

PROCESSO DE CUIDADOS PELOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: DO QUESTIONAMENTO INICIAL AO PARADIGMA ADOTADO **250**
Ana Spinola & José Amendoeira

RESULTADOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ADEQUAÇÃO DO ESTILO DE VIDA DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2. UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA **259**
Maria do Rosário Pinto; Pedro Parreira & Marta Lima Basto

DA ADESÃO À PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO – GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR. **279**
Mário Silva & José Amendoeira

HOJE, SOU JOVEM! AMANHÃ, SEREI IDOSO! DUAS FASES, MAS UMA ÚNICA PESSOA! **297**
Maria Machado

AS ATITUDES DOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE

Hélia Dias[1], Olímpia Cruz[1], Conceição Santiago[1], Teresa Carreira[1] & José Amendoeira[2]

[1]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS
[2]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS/ Investigador no CIIS/UCP

RESUMO

Desenvolveu-se um estudo descritivo e correlacional com os objetivos de caracterizar as atitudes e as barreiras na abordagem da sexualidade e identificar linhas estruturantes para uma adequada intervenção no âmbito da sexualidade na área da enfermagem cardíaca. Recorreu-se a uma amostra de conveniência de 15 enfermeiros recrutados num evento científico. O instrumento de colheita de dados integrou a versão portuguesa do Sexuality Attitudes and Beliefs Survey e variáveis de natureza sociodemográfica e profissional. Os resultados evidenciam a existência de barreiras na abordagem da sexualidade na área cardíaca, nomeadamente as crenças de que o doente hospitalizado está demasiado doente para se interessar pela sua sexualidade e que a sexualidade é um assunto demasiado privado para ser discutido com os doentes. A presença destas crenças parece poder condicionar o planeamento dos cuidados, dado que associa-se a um nível baixo de à vontade e à falta de tempo para discutir as preocupações sexuais dos doentes. Este estudo aponta, também, que quanto maior é a experiência na área da enfermagem cardíaca, menos confiantes os enfermeiros se sentem na abordagem da sexualidade. As conclusões vão no sentido de que há necessidade de estudos futuros e são referenciadas linhas orientadoras para a formação dos enfermeiros.

Palavras-chave: sexualidade; atitudes; crenças; enfermagem; cardiologia

ABSTRACT

We developed a descriptive and correlational study that aims to characterize the attitudes and barriers of sexuality approach and identify structuring lines for an appropriate intervention within the area of sexuality in cardiac nursing. We used a convenience sample of 15 nurses recruited in a scientific event. The instrument for data collection was part of the Portuguese version of Sexuality Attitudes and Beliefs Survey and socio-demographic and professional variables. The results show the existence of barriers to sexuality approach in cardiac area, including the beliefs that the hospitalized patient is too sick to take an interest in their sexuality and that sexuality is such a private matter to be discussed with patients. The presence of these beliefs seem to be able to influence the planning of care, given that it is associated with a low level of the ease and the lack of time to discuss sexual concerns of patients. This study shows also that the greater the experience in cardiac nursing, the less nurses feel confident in the approach to sexuality. The conclusions seem to imply that there is need for further studies and guidelines are referenced to the training of nurses.

Keywords: sexuality; attitudes; beliefs; nursing; cardiac

INTRODUÇÃO

A sexualidade é hoje entendida pela comunidade científica como um processo contínuo, que se inicia na conceção e percorre todo o ciclo vital sob a influência de múltiplos fatores. A World Health Organization (WHO) definiu-a como "um aspeto central do ser humano ao longo da vida e engloba o sexo, a identidade de género e papel, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. É experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações, mas, embora possa incluir todas estas dimensões nem todos as experienciam ou expressam sempre. É influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais" (p.5, 2006). Este conceito de sexualidade salienta que ela é fundamental ao ser humano, não é limitada a determinados grupos etários, está intimamente relacionada ao género e vai muito para além do seu caráter reprodutivo. O próprio conceito também deixa claro que a sexualidade é fortemente variável, não só por englobar os elementos comportamentais,

como pela sua implícita dependência a uma diversidade de fatores, o que torna muito particular a expressão individual da sexualidade.

Em termos clássicos associam-se à sexualidade quatro dimensões: física, psicológica, sociocultural e ética. Embora, nalguns momentos específicos, determinada dimensão possa prevalecer por influência particular de um ou mais fatores, todas as dimensões atuam de forma interativa, para que cada um beneficie da sua própria sexualidade.

No campo da saúde, constata-se que ainda faltam bases sólidas para os profissionais de saúde reconhecerem a sexualidade como um aspeto importante da saúde humana. Num relatório da WHO de 1975 é apontada a necessidade de desenvolvimento de atitudes positivas e confortáveis relacionadas à sexualidade por parte dos profissionais de saúde para com a pessoa alvo de cuidados. Surge desde então, uma necessidade pública de cuidados de saúde sexual, evidenciada por deficiências na educação e formação dos profissionais de saúde, visando um conhecimento científico que rompa com a perpetuação de ideias erróneas, tabus e mitos.

Por outro lado, a importância da sexualidade tem vindo a ser modificada ao longo das décadas, contribuindo para este fenómeno o aumento e diversidade de problemas de saúde pública, nomeadamente Infeções Transmitidas Sexualmente/Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome Imunodeficiência Adquirida, risco de gravidez na adolescência, problemas de violência sexual, a que se juntam, ainda, a influência de outros processos de doença, como é o caso da doença cardíaca. A literatura mostra que as atitudes dos profissionais de saúde não têm acompanhado a importância que a sexualidade vem merecendo, continuando a observarem-se atitudes conservadores e a assistir-se à perpetuação de crenças e mitos que limitam a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos às pessoas.

Neste sentido, uma das áreas onde a necessidade de um investimento na capacitação dos profissionais, em particular dos enfermeiros, é a área da enfermagem cardíaca. Como se sabe, as doenças cardíacas são uma situação preocupante, não só pela elevada mortalidade, mas, essencialmente pela morbilidade associada. Por outro lado, os novos casos acontecem cada vez mais, em idades precoces da vida, tornando-se para muitos em processos crónicos. Assim, integrado no projeto “Escola promotora de saúde” da Unidade de Monitorização em Indicadores de Saúde da Escola Superior de Saúde de Santarém surge o desenvolvimento deste estudo. Ele nasce, do que se entendeu ser uma necessidade de alargamento da ação

do projeto, para além da intervenção em escolas básicas e secundárias no âmbito da sexualidade, a instituições de saúde onde esta necessidade fosse manifesta e se solicitasse uma intervenção dirigida a enfermeiros. Este artigo relata a primeira fase de desenvolvimento do projeto numa dada instituição de saúde e centra-se numa investigação de cariz exploratória-descritiva e correlacional, com os objetivos de caracterizar as atitudes e as barreiras na abordagem da sexualidade e identificar linhas estruturantes para uma adequada intervenção no âmbito da sexualidade na área da enfermagem cardíaca.

A PRÁTICA CLÍNICA DA SEXUALIDADE NA ENFERMAGEM

No âmbito da enfermagem, a sexualidade tem sido considerada como um fenómeno de interesse desde os anos 70. De acordo com Magnan, Reynolds e Galvin (2005), ao longo dos anos, emergiram como linhas major de investigação acerca da sexualidade em relação à prática de enfermagem: descrever os conhecimentos e as atitudes sobre comportamentos sexuais específicos e identificar, descrever e explicar as relações entre as características pessoais do enfermeiro e a sua abertura para lidar com a sexualidade. Os enfermeiros participantes nos vários estudos referenciados são provenientes de várias áreas de atuação (medicina, oncologia, cirurgia, comunidade – saúde escolar e planeamento familiar), de onde se pressupõe enfermeiros a cuidar de pessoas em diferentes momentos do ciclo de vida e em diversas situações de saúde/doença. Ressaltam como principais conclusões, conhecimentos reduzidos acerca da sexualidade humana e atitudes tendencialmente conservadoras acerca de comportamentos sexuais específicos. Os enfermeiros reconhecem que a abordagem da sexualidade faz parte do seu papel profissional, mas muitos estudos comprovam que não integram habitualmente esta abordagem por razões como sejam o embaraço ou sentimentos de desconforto. Também, a crença de que abordar a sexualidade não é um problema imediato para o doente e que ao fazê-lo pode aumentar-se a sua ansiedade (Guthrie, 1999; Haboubi e Lincoln, 2003) e falta de competências para iniciar uma conversa sobre um assunto intimo e privado como a sexualidade (Higgins, Barker e Begley, 2006) são conclusões a reter. Os enfermeiros entendem como a sexualidade pode ser afetada pela doença, mas referem não ter tempo para discutir as preocupações sexuais dos doentes, por outro lado observam-se atitudes mais positivas em relação à discussão da sexualidade em enfermeiros mais velhos e com mais educação (Saunamäki, Andersson e Engström, 2010).

Emergem dos estudos analisados, duas grandes sugestões: A primeira refere-se à necessidade de legitimar a sexualidade como um aspeto do cuidar. Para isso os enfermeiros necessitam de refletir sobre as suas atitudes e como elas podem afetar os cuidados que prestam; de reconhecer os doentes como seres sexuais com necessidades/desejos e que, para ambos, é apropriado e desejado que iniciem a discussão sobre sexualidade. Outro aspeto é ter a visão de que os doentes foram socializados no mesmo discurso sexual que os enfermeiros, o que é razão para ambos se sentirem pouco confiantes ou confortáveis a falar de sexualidade. Ou seja, um dos grandes desafios para a enfermagem é de ser capaz de criar um contexto de cuidar que favoreça a discussão da sexualidade. A segunda sugestão defende que, quanto maior o conhecimento do enfermeiro sobre sexualidade humana, mais favorável será a sua atitude em relação a esta e mais à vontade se sentirá em situações profissionais com implicações sexuais e, reforça, que a formação será fundamental para este objetivo. (Magnan, Reynolds e Galvin, 2005)

A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NA ÁREA DA ENFERMAGEM CARDÍACA

Na particularidade da prática clínica de enfermagem cardíaca destacam-se as seguintes evidências. A perspetiva dos enfermeiros em que estes reconhecem a sexualidade como parte integrante dos cuidados de enfermagem, embora não desenvolvam intervenção específica nesta área (Hoekstra et al, 2012) e o reconhecimento da importante influência de fatores culturais e este nível (Özdemir e Akdemir, 2008). Na perspetiva das pessoas, o enfermeiro é identificado como o profissional privilegiado para abordar este assunto, o qual é relevante para a sua vida; surgem, também, as ideias pré-concebidas de que a atividade sexual causa pressão e danos sobre o coração, não sendo por isso aconselhada e a relutância de ser a pessoa a iniciar a discussão sobre assuntos sexuais na unidade cardíaca (Crumlish, 2004). Como princípios para a abordagem da sexualidade emerge dos estudos que o enfermeiro deve ter em atenção a caracterização e/ou individualidade da pessoa alvo de cuidados (género, idade, estado civil, crenças/mitos, conhecimentos prévios) e ser capaz de criar um ambiente de confiança de forma a planear uma intervenção holística (O'Donovan, 2010).

Estes resultados na área da enfermagem cardíaca corroboram os resultados relacionados à enfermagem na sua globalidade, verificando-se que é fundamental que os enfermeiros tenham uma boa compreensão da complexidade da sexualidade e que desenvolvam atitudes

positivas face à mesma, tornando-se a formação pré e/ou pós graduada essencial para a abordagem da sexualidade enquanto dimensão da vida humana, pois é na maioria dos estudos identificada a falta de inclusão deste assunto no curriculum dos cursos de enfermagem.

MÉTODO

Questão de investigação

Quais são as atitudes e barreiras na abordagem da sexualidade pelos enfermeiros da área cardíaca?

Tipo de estudo

Desenvolveu-se um estudo exploratório-descritivo e correlacional.

Participantes

Participaram 15 enfermeiros recrutados durante um evento científico na área da enfermagem cardiológica ocorrido em novembro de 2013. A maioria, 73,3% (11), são do sexo feminino, A idade oscilou entre os 28 e os 50 anos, com uma média de 38,53 anos (DP=7,44). (Tabela 1)

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros

	Enfermeiros (N=15)			
	N		%	
Sexo				
Feminino	11		73,3	
Masculino	4		26,7	
Total	15		100,0	
	Mín.	Máx.	M	DP
Idade	28	50	38,53	7,44

Quanto à categoria profissional, onze (73,3%) são enfermeiros. A média de anos no exercício profissional situou-se nos 16,33 anos (DP=7,63), enquanto a média de anos na área da cardiologia é de 10,73 anos (DP=6,1). (Tabela 2)

Tabela 2 – Caracterização profissional dos enfermeiros

	Enfermeiros (N=15)			
	N		%	
Categoria profissional				
Enfermeiro	11		73,3	
Enfermeiro especialista	3		20,0	
Enfermeiro chefe	1		6,7	
Total	15		100,0	
	Mín.	Máx.	M	DP
Anos exercício profissional	6	29	16,33	7,63
Anos exercício profissional na área	1	18	10,73	6,1

Instrumento de colheita de dados

Recorreu-se ao inquérito por questionário. Para avaliar as atitudes e o conforto em relação à sexualidade na prática clínica utilizou-se o Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS) de Reynolds e Magnan (2005) na versão adaptada para a língua portuguesa por Dias e Sim-Sim (2011). Trata-se de uma escala com 12 itens, sendo cada item avaliado numa escala de likert de 6 posições, de 1=discordo fortemente a 6=concordo fortemente. Como escala auto-preenchida, cada respondente deve assinalar o número que melhor representa a sua posição.

A versão portuguesa integra somente 11 itens, dado que o item "Sinto-me desconfortável quando falo sobre assuntos sexuais" por apresentar valores de correlação inter-item e item-total mínimos muito baixos na avaliação da consistência interna, foi retirado.

Na versão portuguesa, os itens 1, 2, 3, 5, 7, 9 e 11, pela natureza da sua formulação, devem ser recodificados. O resultado da escala é dado pela soma dos itens que pode variar entre 11 e 66. Scores mais altos indiciam a presença de mais barreiras para incorporar a avaliação/aconselhamento da sexualidade humana na prática de enfermagem.

Foram também incluídas variáveis de caracterização sociodemográfica, como o sexo e a idade e de caracterização profissional: categoria profissional, anos de serviço e anos de serviço na área cardiológica.

Tratamento e análise dos dados

O tratamento foi feito com recurso ao *software* SPSS® (versão 22) e centrou-se em procedimentos estatísticos descritivos com determinação de frequências, medidas de

tendência central e de dispersão e de estatística inferencial, nomeadamente, o teste de correlação de spearman (r_s).

Considerações éticas

Foi incluído no questionário um termo de consentimento informado com todas as indicações necessárias para que cada participante pudesse participar de forma esclarecida e livre, nomeadamente: caraterização sumária do estudo, filiação dos investigadores, contatos e princípios de garantia da confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos. Cada respondente assinalou no espaço respetivo a sua concordância em participar.

RESULTADOS

Identificação de barreiras atitudinais à integração da sexualidade

Em termos de score médio a pontuação do SABS foi de 29,36 (DP=4,2) com um score mínimo de 23 e máximo de 37. Este score médio indicia a presença de menos barreiras atitudinais à integração da sexualidade na prática clínica da enfermagem na área de cardiologia.

No entanto, na tabela 3 constata-se que existem barreiras quando os itens são considerados individualmente. Surgem como mais salientes as barreiras ligadas à **perceção do nível de à vontade**, já que os enfermeiros sentem-se menos à vontade para abordar os assuntos sexuais comparativamente aos colegas com quem trabalham e **à dispensa de tempo** para discutir as preocupações sexuais com os doentes, pois parecem não arranjar tempo para fazê-lo. A percentagem de concordância foi de 66,7%, respetivamente para cada. Com um score médio superior a 3,5 para os dois itens, estas barreiras tornam-se mais evidentes. Por outro lado, constituem-se como barreiras menos expressivas a compreensão do modo como a doença pode afetar a sexualidade, o reconhecimento de que é responsabilidade do enfermeiro permitir que um doente fale sobre as suas preocupações sexuais e que a sexualidade não é um assunto demasiado privado para se falar com os doentes, além de que é essencial discutir com os doentes as questões sexuais para melhores ganhos em saúde. Com percentagens de discordância entre 90 a 100% e scores médios inferiores a 2, a sua identificação continua a merecer ser analisada.

Tabela 3 – Percentagens de discordância e concordância, medidas de tendência central e de dispersão dos itens do SABS

Item	Discordo (%)	Concordo (%)	Não resposta (%)	M	DP	Md (Min-Máx)
(3) Estou mais à vontade para falar com os meus doentes sobre assuntos sexuais do que a maioria dos enfermeiros com quem trabalho. #	33,3	66,7	-	3,93	1,03	4 (2-6)
(5) Eu arranjo tempo para discutir com os meus doentes as suas preocupações sexuais. #	33,3	66,7	-	3,73	1,33	4 (2-6)
(4) A maioria dos doentes hospitalizados está demasiado doente para se interessar pela sexualidade.	53,4	39,9	6,7	3,21	1,42	2,5 (2-6)
(7) Confio na minha capacidade para abordar com os doentes as suas preocupações sexuais dos doentes. #	66,7	33,3	-	3,13	0,92	3 (2-5)
(11) Os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais. #	60,0	40,0	-	3,07	1,44	3 (1-6)
(6) Sempre que os doentes me fazem uma pergunta relacionada com a sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	73,3	26,7	-	2,67	1,18	2 (1-5)
(10) A sexualidade deveria ser abordada somente quando a iniciativa partisse do doente.	73,3	26,7	-	2,47	1,30	2 (1-5)
(1) Discutir sexualidade é essencial para os resultados em saúde dos doentes. #	100,0	-	-	1,80	0,77	2 (1-3)
(8) A sexualidade é um assunto demasiado privado para discutir com os doentes.	93,3	6,7	-	1,67	1,11	1 (1-5)
(9) Permitir que um doente fale sobre as suas preocupações sexuais é uma responsabilidade de enfermagem. #	90,0	6,7	13,3	1,62	0,87	1 (1-4)
(2) Compreendo como as doenças e os tratamentos dos meus doentes, podem afetar a sua sexualidade. #	93,3	-	6,7	1,57	0,65	1,5 (1-3)

#Itens recodificados

Discordo - agregação das posições de resposta: 1, 2 e 3

Concordo - agregação das posições de resposta 4, 5 e 6

Associação entre as atitudes sobre a integração da sexualidade

Com recurso ao teste de correlação de spearman, correlacionaram-se os diferentes itens do SABS (Tabela 4), procurando identificar relações de associação entre as diferentes atitudes e crenças associadas à integração da sexualidade na prática clínica.

Há uma associação entre menos confiança para abordar com os doentes as suas preocupações sexuais com a falta de tempo para discutir estas preocupações ($r_s(15)=0,65$; $p=0,009$) e a crença de que a maioria dos doentes hospitalizados está demasiado doente

para se interessar pelas questões sexuais (r_s(15)=-0,61; p=0,02). Por sua vez, esta crença parece condicionar a disponibilização de tempo para a discussão das preocupações sexuais (r_s(15)=-0,57; p=0,035).

Também a crença de que a sexualidade é um assunto demasiado privado para discutir com os doentes está associada a uma menor compreensão de como os tratamentos podem afetar a sexualidade (r_s(15)=0,64; p=0,011) e a considerar que a abordagem deveria acontecer somente quando a iniciativa partisse do doente (r_s(15)=0,56; p=0,031). Esta mesma crença influencia os enfermeiros a aconselhar os doentes a discutir o assunto com o médico (r_s(15)=0,61; p=0,022), considerando que a discussão é importante para os resultados em saúde, mas não feita por enfermeiros (r_s(15)=0,61; p=0,015).

Associação entre as atitudes sobre a integração da sexualidade com a idade, os anos de experiência profissional e os anos de experiência profissional na área da cardiologia

Observa-se uma associação moderada entre a crença de que a abordagem da sexualidade deve acontecer somente a partir da iniciativa do doente e a idade (r_s(15)=0,56; p=0,03) e os anos de experiência profissional (r_s(15)=0,52; p=0,046), associação que tende a aumentar com o tempo.

Por outro lado, à medida que os anos de experiência na área da cardiologia aumentam, os enfermeiros sentem-se mais confiantes para abordar com os doentes as suas preocupações sexuais (r_s(15)=-0,56; p=0,032).

Não se observaram correlações estaticamente significativas entre o score total do SABS e estas três variáveis.

Tabela 4 – Correlações entre os itens do SABS

Itens do SABS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-Discutir sexualidade é essencial para os resultados em saúde dos doentes[#]	1									
2-Compreendo como as doenças e os tratamentos dos meus doentes podem afetar a sua sexualidade[#]	0,37	1								
3-Estou mais à vontade para falar com os meus doentes sobre assuntos sexuais do que a maioria dos enfermeiros com quem trabalho[#]	0,06	0,07	1							
4-A maioria dos doentes hospitalizados está demasiado doente para se interessar pela sexualidade.	-0,15	-0,29	-0,17	1						
5-Eu arranjo tempo para discutir com os meus doentes as suas preocupações sexuais[#]	0,30	-0,18	0,12	**-0,57***	1					
6-Sempre que os doentes me fazem uma pergunta relacionada com a sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	0,61	0,40	0,13	0,15	-0,00	1				
7-Confio na minha capacidade para abordar com os doentes as suas preocupações sexuais dos doentes[#]	0,14	0,14	0,25	**-0,61***	**0,65****	-0,21	1			
8-A sexualidade é um assunto demasiado privado para discutir com os doentes.	0,49	**0,61***	-0,04	0,11	0,07	**0,64***	0,16	1		
9-Permitir que um doente fale sobre as suas preocupações sexuais é uma responsabilidade de enfermagem[#]	0,08	0,52	0,15	-0,23	-0,01	0,01	0,18	0,22	1	
10-A sexualidade deveria ser abordada somente quando a iniciativa partisse do doente.	0,34	0,14	-0,07	0,35	-0,13	0,21	-0,20	**0,56***	0,05	1
11-Os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais[#]	0,09	-0,19	0,12	0,14	0,00	0,12	0,32	-0,04	-0,23	-0,15

[#] Itens recodificados

*p<0,05 **p<0,001

DISCUSSÃO

Observa-se nestes enfermeiros, em termos globais a existência de menos barreiras à integração da sexualidade na prática clínica, contrariamente a outros estudos com níveis mais elevados, variando entre 33,7 e 40,7 (Julien, Thom, e Kline, 2010; Saunamäki, Andersson e Engström, 2010). No entanto, estes valores parecem poder sugerir uma visão positiva da integração da sexualidade, traduzida por atitudes mais favoráveis e mostrar, como referenciado na parte introdutória deste artigo, uma mudança a que se vem assistindo nos últimos tempos, ainda que seja lenta.

Contudo, quando se identificam as barreiras individualmente, as que surgem neste estudo como mais relevantes, a perceção de um nível baixo de à vontade comparativamente aos colegas com quem trabalham e a dispensa de pouco tempo para a abordagem da sexualidade são também das mais relevantes em outros estudos com recurso à mesma escala. (Doherty, Byrne, Murphy e McGee, 2011; Julien, Thom, e Kline, 2010; Saunamäki, Andersson e Engström, 2010; Reynolds e Magnan, 2005). Por outro lado, esta constatação confirma outros resultados, onde este baixo nível de à vontade pode ser traduzido em sentimentos de desconforto ou embaraço (Wall-Haas, 1991).

A relação que se encontrou entre a menor confiança e a falta de tempo corrobora estas constatações, relevando a menor à vontade e a falta de confiança como barreiras individuais, ou seja ligadas ao próprio enfermeiro e ao reconhecimento das suas capacidades.

Identificam-se como crenças influenciadoras do desenvolvimento do processo de cuidados, à semelhança de outros estudos (Guthrie, 1999; Haboubi e Lincoln, 2003), a crença de que o doente hospitalizado está demasiado doente para se interessar pela sua sexualidade e a crença de que a sexualidade é um assunto demasiado privado para ser discutido com os doentes. A presença destas crenças pode condicionar o planeamento dos cuidados, dando primazia à satisfação de outras necessidades de cuidados, deixando as que se relacionam com a sexualidade para um plano inferior. Os enfermeiros ao considerarem a sexualidade como um assunto demasiado privado apontam que a sua abordagem só deveria acontecer por iniciativa do doente e distanciam, quando necessário, a abordagem de si mesmos, ao aconselharem o doente a fazê-lo com o médico. Estes resultados enquadram-se em outros estudos e mostram como a intervenção específica do enfermeiro é restrita nesta área.

Merece, ainda ser observado que a crença de que a sexualidade é um assunto demasiado privado para ser discutido com os doentes aumenta em enfermeiros mais velhos e com mais

anos de serviço, o que vem contrariar, em parte, os achados de Saunamäki, Andersson e Engström (2010) quando concluem que os enfermeiros mais velhos têm uma atitude mais favorável à discussão da sexualidade. Na mesma linha de conclusão, este estudo aponta que quanto maior é a experiência na área da enfermagem cardíaca, menos confiantes os enfermeiros se sentem na abordagem da sexualidade.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo vêm corroborar grande parte das investigações anteriores, quer desenvolvidas com enfermeiros em contextos diversos, quer na área da cardiologia.

Ainda que globalmente se possa estar perante atitudes positivas dos enfermeiros face à abordagem da sexualidade, uma análise mais cuidada mostra a presença de barreiras de ordem individual e de crenças que influenciam o processo de cuidados. Os enfermeiros parecem querer continuar a evitar trabalhar a sexualidade, aconselhando os doentes a fazê-lo com o médico e a considerar que a sua abordagem deve ficar cingida à iniciativa do doente.

Estes aspetos continuam a apontar para a necessidade de estudos futuros, mas encaminham para algumas linhas estruturantes da formação dos enfermeiros que urgem ser iniciadas. A formação poderá ser organizada à volta de três grandes áreas: conhecimentos básicos sobre a sexualidade humana, reflexão sobre como as atitudes pessoais influenciam a própria sexualidade e dos outros e desenvolvimento de competências básicas para avaliar a pessoa que necessita de cuidados e levar a cabo um plano de cuidados promotor duma vivência saudável e equilibrada da sexualidade.

Dada a amostra reduzida, sugere-se que este estudo ou outros com designs e materiais diferentes possam ser desenvolvidos para a melhor compreensão deste fenómeno.

BIBLIOGRAFIA

Crumlish, B. (2004). Sexual counselling by cardiac nurses for patients following and MI. **Br J Nurs**, 13(10), 710-713.

Dias, H. e Sim-Sim, M. (2011). Validação para a população portuguesa do *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS) (não publicado)

Doherty, S.; Byrne, M.; Murphy, A. W. e McGee, H. M. (2011). Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland. **Eur J Cardiovasc Nurs**, 10, 101-107.

Guthrie, C. (1999). Perceptions of sexuality relating to patient care. **J Clin Nurs**, 8 (3), 313-321

Haboubi, N. e Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. **Disabil Rehabil**, 25 (6), 291-296.

Higgins, A.; Barker, P. e Begley, C. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. **Int J Nurs Pract,** 12, 345-351.

Hoekstra, T. et al (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? **Heart Lung**. 41, 492-499.

Julien, J. O., Thom, B., e Kline, N. E. (2010). Identification of Barriers to Sexual Health Assessmentin Oncology Nursing Practice. **Oncol Nurs Forum**, 37(3), 186-190.

Magnan, M., Reynolds, K., e Galvin, E. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. **Medsurg Nursing**, 14(5), 282-289.

O'Donovan, K. (2010). Sexual activity after myocardial infarction. **WIN**, 18(1), 29-30.

Özdemir, L. e Akdemir, N. (2008). Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infarction: Implications for training. **Aust J Adv Nurs**, 26(1), 42-52.

Reynolds, K. E., e Magnan, M. A. (2005). Nursing attitudes and beliefs toward human sexuality: Collaborative research promoting evidence-based practice. **Clin Nurse Spec**, 19(5), 255-259.

Saunamaki, N., Andersson, M., e Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. **J Adv Nurs**, 66(6), 1308–1316.

World Health Organization (1975). Education and Treatment in human sexuality: The training of health professionals. **WHO Technical Report Series** N.º 572. Geneva: WHO. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572.pdf

World Health Organization (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Geneva: WHO Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

A INTUIÇÃO E O CONHECIMENTO EM USO PELOS ENFERMEIROS

Fátima Saragoila[1]

[1]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS

RESUMO

No percurso de construção da problemática de investigação no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem e considerando a necessidade de avançarmos para a previsão dos procedimentos metodológicos que se constituirão como os mais adequados no contexto deste processo investigativo, explicitamos e fundamentamos a revisão de literatura desenvolvida até ao momento que nos permitiu, conforme o objetivo que nos propusemos, identificar alguma da evidência científica produzida e lacunas de investigação no âmbito da problemática que denominamos «A intuição e o conhecimento em uso pelos enfermeiros».

Palavras-chave: intuição; enfermagem; conhecimento

ABSTRACT

In the course of the investigation problem construction under of a PhD in Nursing and considering the need to move towards the provision of methodological procedures that will constitute the most appropriate in this investigative process, explicit and reasoned review of the literature developed by the time that allowed us, as the goal we set out, to identify some of the scientific evidence and research gaps in the problem we call «The Intuition and knowledge in use by nurses».

Keywords: intuition; nursing; knowledge

INTRODUÇÃO

Da análise dos achados resultantes do processo investigativo no âmbito do desenvolvimento da nossa dissertação de mestrado, datada de 2007 intitulada «Ser Enfermeiro com as Pessoas – Perspetivas de enfermagem em enfermeiros recém-licenciados», emergiram dois temas centrais e as respetivas dimensões. Especificamente um dos temas «O processo de cuidados de enfermagem e o uso dos conhecimentos pelos enfermeiros», suportado e estruturado partindo dos «Padrões do Conhecimento» à luz de CARPER (1997) e corroborados nos achados pela valorização dada à «Centralidade da pessoa parceira de cuidados», aos «Parceiros e contexto de cuidados» e à «Visibilidade social dos cuidados de enfermagem», remetia aos conhecimentos, quanto às fontes e ao uso, que os enfermeiros mobilizavam no decurso do processo de cuidados.

Ainda pela análise dos achados emergia uma provável relação entre os conhecimentos em uso nos processos de cuidados de enfermagem e a visibilidade dos contributos da enfermagem na obtenção de ganhos em saúde pelas pessoas.

Face a esta constatação e ao nosso crescente interesse e consequente aprofundamento da área estudada, globalmente traduzível no «Conhecimento na Disciplina de Enfermagem» algumas questões foram emergindo e complexificando-se.

Explicitemos pois aquela que na atualidade consideramos a questão de partida do processo investigativo que entretanto iniciámos no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem:

Quais as fontes dos conhecimentos usadas pelos enfermeiros que são promotores da visibilidade dos cuidados de enfermagem?

No percurso que nos permitiria no seu término romper com os preconceitos e as falsas evidências no âmbito do tema «Fontes de conhecimento em uso e visibilidade dos cuidados de enfermagem», considerámos pertinente analisar a validade externa que precisaria ou reformularia a necessidade do desenvolvimento do estudo no âmbito do tema assumido e que fundamentaria a rigorosa definição da problemática. É precisamente esse percurso que nos propomos dar conta no presente artigo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Em complementaridade com a sistematização das razões que nos guiaram na identificação do tema a estudar, desenvolvemos revisão de literatura relacionada com as fontes de conhecimento em enfermagem.

Para esta revisão detivemo-nos em bibliografia produzida no filtro cronológico 2005-2010, disponível em texto integral em todas as bases de dados da plataforma EBSCO. Considerámos como termos para a pesquisa: «knowledge», «knowing», «care», «nurs*», «patterns», «ways» e «types».

Dos textos que identificámos, procedemos à leitura integral de 4 dos mais recentes (BONIS, S, 2009; JACKSON, CLEMENTE, AVERILL e ZIMBRO, 2009; PALEY, CHEYNE, DALGLEISH, DUNCAN, e NIVEN, 2007; ZANDEN, 2007).

Esta leitura viria a revelar-se de extrema valia, primeiro pelos contributos para o aprofundamento do estudo das fontes de conhecimento em enfermagem, e segundo, como ponto de partida para novas leituras partindo da seleção de alguns artigos referenciados em cada um dos mesmos e que pela leitura do seu título nos suscitaram interesse.

Até que identificámos aquele que se viria a constituir no que denominámos «Artigo Ponto de Viragem» e que, pelo seu conteúdo inovador e consequente curiosidade que despertou em nós, nos indicou a trajetória a prosseguir, nomeadamente aquela que correspondia à intuição como uma fonte de conhecimento em enfermagem:

WELSH, J. e LYONS, C. M. (2001). Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, pp. 299-305.

Do artigo, resultante de um estudo descritivo e exploratório usando os princípios de um desenho tipo estudo de caso, cujo propósito residiu em examinar como os enfermeiros podiam usar o conhecimento formal em conjunção com outras formas de conhecimento no

desenvolvimento da avaliação inicial e planos de cuidados individualizados, sistematizamos as principais assunções:

- a intuição surge como uma habilidade para sentir quando algo não é como aparenta ser;
- quando combinada com outras formas de conhecimento, a intuição pode realçar a apreciação clínica e o processo de tomada de decisão;
- os julgamentos intuitivos e a experiência dos enfermeiros não podem ser desvalorizados;
- os processos cognitivos que os enfermeiros peritos desenvolvem para tomar decisões clínicas e as suas implicações para a prática devem ser explorados;
- a intuição e o conhecimento tácito são frequentemente ignorados e chamados de «não científicos»;
- o reconhecimento do valor da intuição não coliga facilmente com uma abordagem científica sistemática próxima da lógica positivista ocidental;
- a mudança passa por fazer com que o subtil processo de raciocínio que caracteriza os julgamentos intuitivos seja claramente demonstrável através de estudos randomizados;
- a intuição tem que ter um lugar na prática baseada na evidência; há que evidenciar o seu reconhecimento como «muito mais que um palpite» produzindo resultados empíricos testáveis.

No seguimento do ora exposto o estudo do uso da intuição em enfermagem começou a afigurar-se-nos como uma área cujo interesse se ia substanciando e que sustentou a necessária validação externa, especificamente pela pesquisa de literatura produzida no âmbito do uso da intuição como fonte de conhecimento em enfermagem.

Para esta pesquisa optámos pelo filtro cronológico 2005-2010 e considerámos todos os artigos disponíveis em texto integral em todas bases de dados da plataforma EBSCO. Foram usadas como palavras-chave para a pesquisa: «intuiti*», «nurs*» e «knowledge» e identificámos 66 artigos.

Como estratégia para a sistematização da sua leitura optámos por aqueles que no seu título apresentassem o termo «intuition», critério que se verificou num total de 6 artigos os quais foram lidos integralmente, por ordem de relevância (atribuída pela plataforma) e que forneceram contributos fundamentais para a opção pela problemática que nos continuamos a propor investigar, mas que até à presente data ainda não se veio a concretizar.

No âmbito da construção do presente artigo, foi nosso propósito validarmos e aprofundarmos a fundamentação para as opções que teremos que tomar no percurso do processo investigativo. Assim sendo, seguindo idêntica estratégia de pesquisa, definimos o

filtro cronológico entre janeiro de 2010 e outubro de 2014 e considerámos todos os artigos disponíveis em texto integral em todas bases de dados da plataforma EBSCO. Mantivemos como palavras-chave para a pesquisa: «intuiti*», «nurs*» e «knowledge» e identificámos 32 artigos, dos quais, removidas as duplicatas exatas, obtivemos 23 artigos. Feita a leitura dos títulos dos mesmos, viríamos a identificar 3 artigos em cujo título foi identificado o termo «intuition». Lidos integralmente por ordem de relevância, também estes trouxeram contributos que ora integramos.

RESULTADOS

Embora na psicologia a intuição se tenha tornado numa significativa área de investigação e à qual corresponde um crescente corpo de evidência científica, na enfermagem só na década de 80 do século XX surgiram autores, nomeadamente BENNER e TANNER, que, em trabalho seminal, descreveram o desenvolvimento de uma intuição especializada entre as enfermeiras. Tal trabalho, promotor da discussão do uso da intuição na enfermagem, viria primariamente a produzir conhecimento descritivo, qualitativo e/ou teórico (PALEY, 1996; REW e BARROW, 2007). A necessidade em claramente identificar o seu papel na prática de enfermagem e articular a complexidade da intuição nessa mesma prática corresponderam aos avanços seguintes (MCCUTGHEON, PINCOMBE, 2001). Assim, a intuição é frequentemente citada como uma característica definidora do enfermeiro perito tendo vindo a ganhar aceitação como uma legítima forma de conhecimento na prática de enfermagem (SMITH et al., 2004; GOBET e CHASSY, 2008). (PRETZ, FOLSE, 2011)

Importa começar por explicitar o que é entendido por intuição na literatura de enfermagem…

Historicamente as teóricas e investigadoras em enfermagem (NEWMAN, 1979; BENNER, 1984) descreveram-na como uma fonte de conhecimento proveniente de um modo não-linear, irracional e sensorial. (SMITH, 2009)

Conforme o sentido do realismo ecológico de GIBSON (1979) a intuição pode ser compreendida como uma «perceção direta» fornecendo ao enfermeiro conhecimento específico para a ação num contexto particular. Tal perceção, suportada numa base informacional (EFFEKEN, 2001), e em conjunto com as suas extensões cognitivas, ajuda a colocar a intuição firmemente na ciência de enfermagem. (EFFEKEN, 2007)

BENNER (1982, 1984; BENNER et al., 1999) descreveu-a como um suspiro imediato considerando padrões ambíguos de dados e assumiu-a como uma das características das enfermeiras peritas. (EFFEKEN, 2007)

Tradicionalmente a intuição tem sido associada com a experiência clínica. Descrita como um importante tipo de conhecimento e uma forma válida de saber na prática clínica (REW, 1988), a ligação entre a intuição e o ser perito em enfermagem foi inicialmente atribuída a BENNER (1984) no seu Modelo de Iniciado a Perito. No trabalho que viria a desenvolver posteriormente com TANNER (1987), mobilizando o Modelo de Aquisição de Competências de DREYFUS e DREYFUS (1986) identificou seis aspetos-chave que descrevem o modo como as enfermeiras peritas usam a intuição na prática. (SMITH, 2009)

Ainda BENNER e TANNER (1987) consideraram a intuição como «compreensão sem análise racional» (p. 23) e «síntese, não análise… (com) um senso de certeza» (p. 29). (PRETZ e FOLSE, 2011). Já REW (1987, 1988) definiu-a como um conhecimento que é recebido como um todo, imediato e não adquirido através de um processo analítico. (EFFEKEN, 2007)

Sendo na literatura categorizada como conhecimento pessoal e conhecimento estético, a intuição é também identificada como um componente afetivo do pensamento crítico (SCHEFFER e RUBENFELD, 2000) e com um importante papel nos julgamentos clínicos (BENNER e TANNER, 1987) nomeadamente como «um componente do julgamento complexo» (REW, 2000). (SMITH, 2007)

Considerando estudos dos tipos fenomenológico e grounded theory mais recentes, a intuição tem ainda sido descrita como um processo não-linear de saber, percebido através da consciência física (o saber que vem da interpretação através dos órgãos dos sentidos e das sensações físicas) e consciência emocional (o saber que vem através de sentimentos físicos, positivos ou negativos) e/ou através de conexões físicas (relações entre duas pessoas e que permitem uma compreensão da linguagem corporal e da comunicação não verbal) ou conexões espirituais (envolvem a conexidade espiritual dos humanos ou uma troca de energia ou campo). (SMITH, 2007)

Noutro estudo de 2008, cujos participantes foram enfermeiros de emergência, foi colocada uma grande ênfase na relação entre «conhecimento» e «experiência». Estes temas emergiram como pré-compreensões da intuição mas como novas visões da sua posição e valor na estrutura da mesma. Três temas fundamentais emergiram: «sentimento», «sincretismo» e «conexão»; bem como um quinto tema considerado também essencial para a intuição: «confiança». (LYNEHAM, PARKINSON e DENHOLM, 2008)

Em geral a espiritualidade, a autoconfiança, a abertura de espírito e a experiência individual dos enfermeiros influenciam o uso da intuição. Outras dimensões pessoais foram também identificadas por YOUNG (1987) como favorecedoras do uso da intuição: o contato direto com a pessoa cuidada, a auto-recetividade (ser aberto e vulnerável) e a energia. Ainda outras características correspondem a ser um clínico hábil, reconhecer as experiências intuitivas, ter confiança na intuição e vontade de tomar decisões pouco convencionais, ter consciência da espiritualidade na prática, conexão com os clientes e o interesse por questões abstratas. (SMITH, 2007; LYNEHAM, PARKINSON e DENHOLM, 2008)

Apesar de não existir uma definição universal do constructo, GOBERT e CHASSY (2008, p. 130) concluíram que a maior parte das definições de intuição inclui a «rápida perceção, falta de consciência do processo envolvido e concomitante presença de emoções e uma compreensão holística da situação problema. (PRETZ e FOLSE, 2011)

A experiência, fator que influencia o uso e aplicação da intuição, é um elemento comum quando as enfermeiras intuitivas são descritas, mas há outros fatores que contribuem. Os resultados e a teoria resultante do estudo de MC CUTCHEON e PINCOMBE (2001), reveladores da natureza multidimensional da intuição, demonstraram que a intuição é o resultado das sinergias entre o conhecimento, a experiência e a perícia e que é influenciado pela personalidade, o ambiente, a complacência (boa vontade) em usar a intuição e a relação com a pessoa cuidada. (SMITH, 2009)

Vários estudos qualitativos demonstraram o uso da intuição na tomada de decisão dos peritos (REW, 1988) e etiquetaram-no como uma valiosa fonte de conhecimento proveniente de sentimentos, sensações e conexões (AGAN, 1987; REW, 1988, 1990; DAVIS-FLOYD e DAVIS, 1996). (SMITH, 2007)

Investigação produzida mais recentemente (REW e BARROW, 2007), nomeadamente uma revisão sistemática da literatura de enfermagem demonstrou que o uso da intuição se encontra relacionado com a experiência clínica mas que ainda necessitava de ser demonstrada em estudantes de enfermagem e em enfermeiros iniciados. (SMITH, 2007)

Neste contexto alguns resultados têm sido produzidos.

Também os enfermeiros iniciados usam a intuição quando prestam cuidados sobretudo a pessoas idosas com apoio social e frequente número de hospitalizações. A complacência para usar a intuição nestas situações terá sido mais influenciada pelas experiências pessoais e interpessoais que pela experiência do contexto clínico (RUTH-SAHD e HENDY, 2005), dados corroborados por outros estudos que demonstraram que a experiência não tem que ser

clínica e que as experiências de vida contribuem para a intuição do enfermeiro. (SMITH, 2009)

Há também evidência que demonstra a habilidade intuitiva entre estudantes de enfermagem, nomeadamente a produzida por ROVITHIS e PARISSOPOULOS (2005) que permitiu afirmar que a intuição não é uma característica exclusiva dos peritos demonstrando que tanto os estudantes de enfermagem como os enfermeiros iniciados experienciam sentimentos intuitivos em relação à pessoa de quem cuidam. (SMITH, 2009)

A evidência (KOSOWSKI e ROBERTS, 2003; RUTH-SAHD e HENRY, 2005; SMITH e GRAY, 2000) sugere no entanto serem os enfermeiros com maior experiência que possuem mais confiança no uso e na verbalização do uso da intuição. (SMITH, 2007)

Apesar da intuição estar associada à perícia clínica, tem havido um apelo repetido para promover habilidades intuitivas entre estudantes de enfermagem e enfermeiros iniciados. (REW, 1989; RUTH-SAHD e TISDELL, 2007). O reconhecimento da intuição como uma legítima fonte de conhecimento consente o empoderamento de habilidades intuitivas em todos os níveis de experiência operacionalizável pela promoção da intuição na academia e na prática através de estratégias também elas diversas (SMITH, 2009).

Existe todavia relutância por parte de estudantes e enfermeiros em reconhecer o uso da intuição. Os enfermeiros peritos negaram o seu uso porque foi considerado o «mercado-negro» do conhecimento (BENNER e TANNER, 1987) ou um conhecimento «arriscado» (LENERS, 1992). Os estudantes consideram-na como um «pensamento mágico» (ROSANOFF, 1999) (SMITH, 2007).

A hesitação em reconhecer a intuição na enfermagem poderá dever-se a duas causas: por um lado a dificuldade pelos enfermeiros em verbalizar os sentimentos intuitivos com terminologia objetiva; por outro, a falta de evidência empírica que demonstre a legitimidade da intuição em enfermagem (SMITH, 2009).

A intuição é pois uma rica fonte de conhecimento e os autores sugerem-na como integral para a prática. O reconhecimento explícito e abrangente da intuição como sendo uma forma legítima de conhecimento no contexto da prática deve ser portanto deliberadamente alimentado (BILLAY, MYRICK, LUHANGA e YONGE, 2007).

A instrumentação da «intuição» adiciona objetividade a um conceito abstrato e de difícil definição fornecendo uma maneira objetiva de avaliar o seu uso. Promove a autorreflexão e torna mais fácil uma compreensão de como os sentimentos intuitivos podem ampliar a tomada de decisão nos contextos clínicos. Os serviços de formação podem ainda usar a

avaliação da intuição para facilitar a discussão entre enfermeiros acerca desta forma de saber quando cuidam e tomam decisões (SMITH, 2007).

HIMAYA (1991) criou uma escala semântica para avaliar o uso da intuição na tomada de decisão clínica e REW (2000) desenvolveu um instrumento para avaliar o reconhecimento do uso da intuição na tomada de decisão (SMITH, 2007).

Instrumentos destinados a avaliar especificamente o uso da intuição pelos estudantes de enfermagem são escassos.

O Smith Intuition Instrument (SII) foi inicialmente desenvolvido para avaliar o uso da intuição por estudantes de enfermagem e para servir como um instrumento instrutivo na promoção da discussão acerca dos sentimentos intuitivos experienciados durante a prestação de cuidados. O SII foi desenvolvido para capturar as dimensões da consciência física, da consciência emocional e das conexões (SMITH, 2003) e foi testado em 3 amostras de estudantes de enfermagem (SMITH, 2007).

O SII provou oferecer um método objetivo para comparar o uso da intuição entre enfermeiros iniciados e peritos e para determinar os fatores preferenciais de cada um dos grupos. Administrando o instrumento a diferentes grupos, os resultados poderão evidenciar que existem certos fatores de intuição favorecidos em cada nível de experiência. Delineando as diferenças do uso da intuição entre os iniciados e os peritos poderá ser demonstrado um processo ou estádios do uso da intuição relacionados com os diversos níveis de experiência (SMITH, 2007).

RESULTADOS

Compreender o uso da intuição pelos enfermeiros é relevante para a prática de enfermagem, para a educação e para o desenvolvimento de teoria.

Apelidada por alguns autores (SARVIMAKI, STENBOCK-HULT, 1996, citados em SMITH, 2009) como uma controversa forma de conhecimento relacionada com problemas filosóficos, empíricos e práticos, e por outros como uma potencial fonte de conhecimento em enfermagem, intrínseca para uma efetiva prática de enfermagem, a intuição em enfermagem constitui-se numa área com necessidade de investigação, sobretudo no âmbito dos componentes intuitivos na tomada de decisão (SMITH, 2007) que permitam o seu reconhecimento como componente integral da informação das decisões de enfermagem (tomada de decisão intuitiva (SMITH, 2007)) e promoção de cuidados competentes (BILLAY, MYRICK, LUHANGA e YONGE, 2007).

Sendo na atualidade uma prioridade em enfermagem a produção de evidência científica, a necessidade de compreender a influência da intuição nos cuidados de enfermagem e na tomada de decisão, bem como a avaliação dos ganhos em saúde com esta relacionáveis é clara. (SMITH, 2009)

Permanece um vazio acerca das consequências do uso da intuição nos processos de cuidados de enfermagem, pelo que os investigadores em enfermagem identificam a clara necessidade de examinar a relação entre o uso da intuição e os resultados de enfermagem. (FARR-WHARTON, BRUNETTO e SHACKLOCK, 2011)

É imperativo que a investigação futura se foque nos resultados dos cuidados de enfermagem intuitivos usando metodologias prospetivas experimentais. A evidência que o uso da intuição traz resultados na prática deverá pois ter que ser demonstrada empiricamente. (SMITH, 2007)

Apesar da existência de alguma investigação acerca do uso da intuição por enfermeiros iniciados e por enfermeiros experientes, a mesma não compara as similaridades e diferenças do uso da intuição por ambos os grupos de enfermeiros nem mesmo acerca da existência de resultados de enfermagem similares ou diferentes decorrentes da prestação de cuidados intuitivos por cada «geração» de enfermeiros (FARR-WHARTON, BRUNETTO e SHACKLOCK, 2011).

A investigação futura deve focar-se nas diferenças no uso da intuição entre estudantes e enfermeiros iniciados e enfermeiros experientes bem como nas possíveis influências de características demográficas. A focalização na prática especializada também é necessária para discernir se existem diferenças na intuição usada entre os enfermeiros especialistas (Smith, A., 2007).

Uma vez que a enfermagem não possui todos os instrumentos necessários nem a perícia para explorar completamente a natureza multidimensional da intuição, a colaboração com outras disciplinas, seja ao nível da mobilização de modelos conceptuais específicos (provenientes da psicologia, da informática ou da neurociência) ou de instrumentos (ciências físicas e biomédicas) para produção de objetiva evidência resultante de estudos experimentais, complementares aos estudos qualitativos desenvolvidos na enfermagem, na compreensão do processo do uso da intuição, torna-se também necessária. (SMITH, 2009)

Pela análise de literatura disponível, recente e relevante, pela identificação da evidência científica, bem como pela identificação de lacunas de investigação, considerando a necessidade de podermos avançar para a previsão dos procedimentos metodológicos que se

poderão constituir como os mais adequados à compreensão do fenómeno em estudo terminamos comprometendo-nos com o pensamento de EFFEKEN (2007), o qual releva as três mudanças que deverão ser desenvolvidas pelos investigadores em enfermagem com o intuito da consideração da intuição como parte da ciência de enfermagem: descobrir a informação disponível que suporta a intuição; mostrar que a informação pode apoiar o tipo de ação que é entendida como «intuitiva» e, pela descoberta e descrição da base informacional para a intuição em enfermagem, enriquecer não só o conhecimento acerca da intuição, mas também o conhecimento acerca da enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

BILLAY, Diane, MYRICK, Florence, LUHANGA, Florence e YONGE, Olive (2007). A pragmatic view of intuitive knowledge in nursing practice. *Nursing Forum*, 42 (3), pp. 147-155.

BONIS, Susan A. (2009). Knowing in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1328-1341.

BOOTH, Kathie, KENRICK, Maria e WOODS, Simon (1997). Nursing knowledge, theory and method revisited. *Journal of Advanced Nursing*, 26, pp. 804- 811.

CARPER, Barbara A. (1997). Fundamental patterns of knowing. In: *Nicoll, Leslie H.. Perspectives on nursing theory* (p. 247 – 255). Philadelphia: Lippincott.

EFFEKEN, Judith A. (2007). The informal basis for nursing intuition: philosophical underpinnings. *Nursing Philosophy*, 8, pp. 187-200.

FAUGIER, Jean (2005). Basic instincts. *Nursing Standard*, 19 (24), pp. 14-15.

FLAMING, Don (2004). Nursing theories as nursing ontologies. *Nursing Philosophy*, 5, pp. 224-229.

FARR-WHARTON, Rod, BRUNETTO, Yvonne e SHACKLOCK, Kate (2011). The impact of intuition and supervisor-nurse relationships on empowerment and affective commitment by generation. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1391-1401.

GREEN, Catherine (2012). Nursing intuition: a valid form of knowledge. *Nursing Philosophy*, 13, pp. 98-111.

HEATH, Helen (1998). Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 27, pp. 1054-1059.

JACKSON, Janet P., CLEMENTE, Paul T., AVERILL, Jennifer B. e ZIMBRO, Kathie (2009). Patterns of knowing: proposing a theory for nursing leadership. *Nursing economic$*, 27 (3), pp. 149-159.

LYNEHAM, Joy, PARKINSON, Camilus e DENHOLM, Carey (2008). Intuition in emergency nursing: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*, 14, pp. 101-108.

ODENCRANTS, Sigrid, EHNFORS, Margareta e GROBE, Susan J. (2007). Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Part II. RNs' experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status. *Nordic College of Caring Science - Journal Compilation*, pp. 56-63.

PALEY, John, CHEYNE, Helen, DALGLEISH, Len, DUNCAN, Edward A. e NIVEN, Catherine A. (2007). Nursing's ways of knowing and dual process theories of cognition. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 692-701.

PRETZ, Jean E. e FOLSE, Victoria N. (2011). Nursing experience and preference for intuition in decision making. *Journal of clinical nursing*, 20, pp. 2878 – 2889.

RAMEZANI-BADR, Farhad, NASRABADI, Alireza Nikbakht, YEKTA, Zohre Parsa e TALEGHANI, Farib (2009). Strategies and criteria for clinical decision making in critical care nurses: a qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (4), pp. 351-358.

SMITH, Anita (2009). Exploring the legitimacy of intuition as a form of nursing knowledge. *Nursing Standard*, 23, pp. 35-40.

SMITH, Anita J. (2007). Embracing intuition in nursing practice. *The Alabama Nurse*, pp. 16-17.

SMITH, Anita (2007). Measuring the use of intuition by registered nurses in clinical practice. *Nursing Standard*, 21 (47), pp. 35-41.

VATNE, Solfrid e FAGERMOEN, May Solveig (2008). Evident-oriented data integration: a qualitative strategy in studying professional practice. *Research and theory for nursing practice: an international journal*, 22 (1), pp. 38-55.

WELSH, J. e LYONS, C. M. (2001). Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, pp. 299-305.

YANG, Sung Eun (2010). Models of knowledge in the assessment of postoperative pain. *British Journal of Nursing*, 19 (8), pp. 511-514.

ZANDEN, Patricia E. (2007). Ways of knowing in nursing: the historical evolution of a concept. *The journal of theory construction & testing*, 11, pp. 7-11.

GESTÃO DA DOR - QUE RESPOSTAS DE ENFERMAGEM
UM ROTEIRO METODOLÓGICO PARA O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Irene Santos[1], José Amendoeira[1,2], Isabel Barroso[1], Celeste Godinho [1], Cassilda Sarroeira[1], Marta Rosa[1], & Gina Marques [1]

[1]Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/ UIIPS/ UMIS
[2]Investigador integrado no CESNOVA. Investigador no CIIS/UCP

RESUMO

A gestão de sintomas em situação de doença crónica é, atualmente, uma das principais razões para a procura dos cuidados de saúde, constituindo, como resposta, um interesse crescente dos profissionais e instituições de saúde.

Salienta-se, neste contexto, a dor, enquanto fenómeno clínico e epidemiológico, dadas as repercussões a nível da perceção individual do estado de saúde-doença bem como as consequências familiares, sociais e económicas.

Na sequência duma revisão sistemática da literatura, realizada em 2013, no âmbito do projeto Gestão de sintomas: Dor e autocuidado no âmbito do processo de doença crónica, integrado na Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS), foi realizado um diagnóstico de situação no sentido de caracterizar os contextos de prestação de cuidados de saúde à pessoa com dor, no concelho de Santarém. Desse diagnóstico damos conta neste artigo, cujos objetivos são apresentar o roteiro metodológico seguido e perspetivar a continuidade do processo de planeamento, na procura de respostas conjuntas para um problema de saúde relevante, quer para o indivíduo quer para a comunidade.

Palavras-chave: dor; enfermagem; diagnóstico de situação; roteiro metodológico.

ABSTRACT

The management of symptoms in situation of chronic disease is currently one of the main reasons for seeking health care, constituting, as response, a growing interest among professionals and health institutions.

It is noted, in this context, the pain, as a clinical and epidemiological phenomenon, with consequences for the individual perception of health and illness, as well to family, social and economic consequences.

Following a systematic literature review, conducted in 2013, under the project management of symptoms: pain and self-care within the chronic disease process, integrated into the Monitoring Unit of Health Indicators (UMIS) it was develop a situation analysis in order to characterize the contexts of providing health care to the person with pain in the municipality of Santarém. The aims of this article are to provide the methodological route/path followed and delineate the continuity planning process, seeking responses to a relevant health problem, both for the individual and to the community.

Keywords*:* pain; nursing; diagnostic of the situation; methodological script.

INTRODUÇÃO

Integrado no projeto Gestão de sintomas "Dor e autocuidado no âmbito do processo de doença crónica" da Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS), desenvolveu-se mais uma etapa na consecução dos objetivos delineados para o mesmo, no que se refere à caraterização e monitorização dos determinantes sociais de saúde na população residente na área geográfica abrangida, mobilizando a informação disponível nas instituições estatutária e legalmente competentes. Neste sentido, e tendo como objetivo caracterizar os contextos de prestação de cuidados de saúde à pessoa com dor, no concelho de Santarém, descreve-se o percurso e o ponto de situação da pesquisa efetuada até ao presente, no sentido do acesso ao fenómeno em estudo, relevando a opção do instrumento de colheita de dados, essencialmente para descrição das pessoas e dos locais onde os acontecimentos têm lugar (BURGUESS, 1997)[1].

A valorização do tratamento da dor enquanto fenómeno de saúde/ doença é muito recente, o que pode explicar o *deficit* de intervenção no mesmo e a insuficiência de profissionais especializados nesta área. No entanto, o desenvolvimento da sua compreensão enquanto experiência humana fundamenta a sua importância para os cuidados de saúde na

atualidade, sendo considerada uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas com reflexo nas dimensões física, psicossocial e emocional.

A dor é uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolvendo vários componentes; embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain*, IASP) a percentagem de pessoas atingidas por algum tipo de dor crónica atinge os 50% após os 65 anos e 85% acima dos 80 anos. De acordo com a mesma associação, a dor é definida como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidular concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, pelo que o controlo eficaz da mesma é, na atualidade, um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela sofrem, e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE,2003)[2].

Para além do enorme impacto que a dor tem sobre a pessoa, representa uma perda dificilmente quantificável para a sociedade em geral (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE,2003)[2.] Segundo um estudo da Universidade do Porto, e referenciado pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), a alta frequência e o impacto individual e social da dor crónica em Portugal, está fortemente associada a uma grande utilização de serviços de saúde, a uma importante redução da produtividade no trabalho e consequentemente a grandes custos sociais e económicos (http://www.aped-dor.org).

A dor enquanto fenómeno e experiência de saúde/doença é hoje indissociável de cuidados de qualidade. Obviamente nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001)[3]. O modelo desenvolvido por IRVINE, SIDANI E HALL (1998)[4], denominado Modelo da Efetividade do Papel do Enfermeiro (figura 1), orienta para a avaliação da contribuição dos enfermeiros para cuidados de saúde, baseando-se no modelo de estrutura-processo-resultado de DONABEDIAN (1980)[5] . Neste modelo as autoras

propõem uma relação entre os diferentes papéis que os enfermeiros assumem nos cuidados de saúde e os resultados esperados dos cuidados de enfermagem.

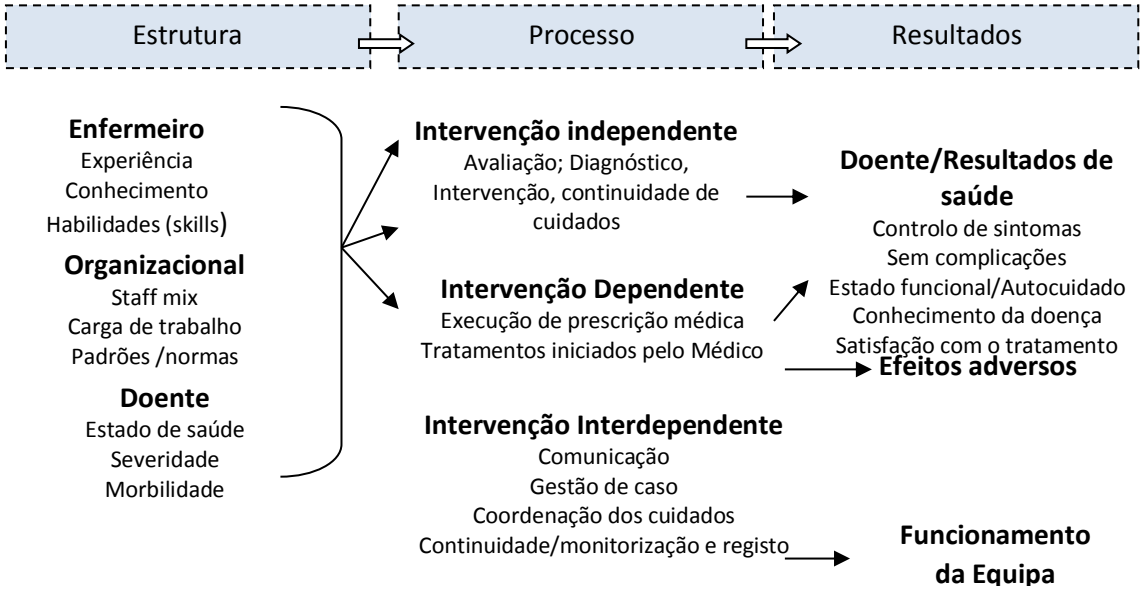


Figura 1 – Modelo de Efetividade de Papel de Irvine, Sidane e Hall (1998)

Quando se refere à componente da estrutura, as variáveis que lhe estão associadas reportam-se às relacionadas com os enfermeiros, com a organização/unidade, e ainda com os doentes. A estrutura tem influência nos processos e consequentemente nos resultados.No que respeita à componente de processo, as autoras remetem para a intervenção do enfermeiro a três níveis: intervenção independente (diz respeito às intervenções autónomas), intervenção dependente (decorre de prescrição médica) e intervenção interdependente (resulta parcial ou totalmente da intervenção de outros profissionais de saúde). O compromisso que os enfermeiros assumem nestes níveis de intervenção, é influenciado pelas variáveis associadas aos enfermeiros, aos doentes e à estrutura organizacional. Por fim, a componente de resultados, inclui os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. (IRVINE, SIDANI E HALL, 1998)[4].

Um estudo realizado por IRVINE, SIDANI; KEATINGS e DOIDGE (2002)[6],indicou que os efeitos das variáveis de estrutura nos resultados são, na sua maior parte, mediados pelo processo de cuidados, ou seja, pelo papel da intervenção dos enfermeiros. Para as autoras, não se pode ignorar a componente de processo da qualidade dos cuidados, ou seja, o papel da intervenção do enfermeiro neste âmbito.

O modelo apresentado em epígrafe constitui-se assim como fio condutor para a caracterização dos contextos de prestação de cuidados à pessoa com dor, abrangendo um conhecimento de dimensão mais estrutural dos mesmos, e simultaneamente, uma sistematização das intervenções e ainda uma apreciação dos resultados das intervenções de enfermagem na obtenção de ganhos no controlo da pessoa com dor.

A problemática da dor e a evolução nos modos de abordagem da mesma teve reflexos também no nosso País. No final dos anos 90, a Direção-Geral da Saúde (DGS) reconheceu a necessidade de melhorar a abordagem deste fenómeno, emitindo o primeiro documento estratégico - o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial em 26 de Março de 2001, resultado do trabalho conjunto com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). Mais recentemente, no Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, aprovado a 30 de Outubro de 2013), (PENPCDor), um dos eixos de intervenção diz respeito à organização das estruturas diferenciadas para o tratamento da dor crónica.

A aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008)[7]. Neste cenário consubstanciam-se os objetivos deste projeto de promover a Inovação, a Investigação e o Desenvolvimento, em articulação com as instituições parceiras da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Da revisão da literatura efetuada na primeira etapa deste projeto (AMENDOEIRA, SANTOS, BARROSO, GODINHO, SARROEIRA, ROSA e MARQUES, 2013)[8] e tendo como questão orientadora "As intervenções individualizadas de enfermagem promovem o autocuidado em pessoas com dor e sofrimento?", emergiram contributos para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, no que à temática diz respeito, de que se destaca: a emergência de um campo vasto de intervenções multidisciplinares, em que a enfermagem tem lugar; a intervenção específica de enfermagem possibilita uma compreensão individualizada e ao mesmo tempo holística da pessoa, a partir do seu potencial para aprender e desenvolver-se, nas transições subjacentes aos processos de desenvolvimento que decorrem de alterações do bem-estar ou associadas a situações de doença aguda ou crónica.

Enfatiza-se ainda como dimensões emergentes, a importância da avaliação da pessoa com dor, surgindo com particular destaque a importância de avaliar a perceção das pessoas e a educação para a saúde, constituindo-se estas dimensões relevantes.

A educação para a saúde, como estratégia de intervenção, revela-se sobretudo na valorização do papel do cuidador e da família como parceiros dos cuidados, com planos de intervenção individualizados, reconhecendo simultaneamente a necessidade de uma equipa multidisciplinar.

Estudos relacionados à experiência de dor persistente apontam para a necessidade de considerar uma perspetiva biopsicossocial para a sua avaliação e tratamento. Nesse modelo, os fatores psicossociais interagem com os biológicos.

Para o conhecimento de enfermagem, segundo o paradigma da transformação, um fenómeno, ou seja a experiência pessoal da dor, é única, na medida em que nunca se parece totalmente com a de outra pessoa, embora possa partilhar algumas semelhanças. Cada fenómeno pode definir-se com uma estrutura própria, representando uma unidade global em interação reciproca com a unidade global maior - o ambiente que o rodeia. (KÉROUAC, PEPIN, DUCHARME, DUQUETTE E MAJOR, 1996)[9].

Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003)[10.] A importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor são elementos vitais da intervenção de enfermagem, no contributo para o bem-estar e para a qualidade de vida das pessoas. Trata-se, então, de conhecer e seguir os princípios científicos que traduzem o envolvimento da pessoa na avaliação e no tratamento da sua dor, bem como a finalidade do cuidado. As intervenções de enfermagem podem ter carácter autónomo ou interdependente, pois o reconhecimento da multidimensionalidade da dor obriga a uma abordagem terapêutica multiprofissional e interdisciplinar. É neste âmbito que se inserem as estruturas hospitalares especializadas, denominadas de Unidades de Dor, embora a pessoa com dor possa ser cuidada em diferentes contextos de cuidados.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assume a responsabilidade constitucional de prestar a todos os cidadãos os cuidados de saúde que necessitam, através das suas estruturas: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)[11.] Esta oferta é complementada através da aquisição de serviços a privados e ao sector social, através de convenções e acordos, em áreas em que o SNS não tem capacidade de resposta suficiente.

O hospital é ainda uma peça fundamental no sistema se saúde, dado ser considerado como uma instituição de referência para todos os serviços, pela capacidade de liderança técnica

exercida pelos seus profissionais e pelo ambiente de inovação tecnológica que os rodeia (SIMÕES, 2004)[12]; no entanto, os cuidados de saúde primários são entendidos como a base do sistema de saúde e são o primeiro nível de contato dos indivíduos e das famílias com os serviços de saúde.

Tendo como ponto de partida todo este enquadramento, surgiram as seguintes questões: Quais as instituições públicas e privadas no concelho de Santarém que prestam cuidados às pessoas com dor?[i] Em que serviços são desenvolvidos estes cuidados?[ii] Quantos enfermeiros trabalham nesses serviços?[iii] Qual a sua formação?[iv] Qual o método de trabalho utilizado?[v] Que suportes de registo são utilizados?[vi]

METODOLOGIA

A produção do conhecimento relativo à saúde da população surge como necessidade social, devido à sua importância na estruturação e ordenação do sistema de saúde, tendo em vista as respostas mais eficazes aos problemas identificados. (PERES, FREITAS, CALIXTO, RIERA, QUILES PERES, 2013)[13].

Para a consecução deste desiderato, concorre o diagnóstico de situação, 1ª etapa do processo de planeamento em saúde. Numa perspetiva mais clássica, este é entendido como a racionalização de recursos com vista a atingir os objetivos delineados, com o objetivo de reduzir os problemas de Saúde considerados prioritários. Implica a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sociais e económicos, permitindo escolher as melhores soluções entre várias alternativas, tendo em conta os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro (IMPERATORI E GIRALDES, 1993)[14] ; TAVARES, 1992)[15].

O diagnóstico da situação (de saúde), enquanto primeira etapa do processo de planeamento, consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes de saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades. Permite, deste modo, obter um conhecimento efetivo dos mesmos, coadjuvando o processo de priorização das necessidades/problemas identificados, bem como das respostas apropriadas dos serviços de saúde.

Vários autores, de que destacamos BRISSOS (2004)[16], criticam a conceção tradicional do planeamento, pelo centralismo, que conduz a uma uniformidade de ações, frequentemente descurando os aspetos socioculturais, as necessidades e características específicas dos destinatários e as condições de implementação dos projetos. Os aspetos referidos não se adequam à sociedade atual, caracterizada pela flexibilidade, assente na informação e na

estimulação de necessidades, na procura de identidades e de diferenças. Esta nova conceção destaca o carácter multidisciplinar e participado do planeamento, e a clara definição das funções e responsabilidades de cada nível de intervenção; privilegia ainda o adequado suporte informativo, a articulação entre a gestão e o planeamento, bem como uma visão estratégica e flexibilidade. O mesmo autor considera relevante o conhecimento das circunstâncias locais que afetam a prestação de cuidados de saúde numa dada região, assinalando os princípios que devem conduzir o diagnóstico da situação, nomeadamente: ter em conta os aspetos sociopolíticos, para conhecimento da influência, capacidade de inovação ou capacidade de bloqueio das forças sociais; discussão com os representantes da população relativamente à análise efetuada da situação existente, seus antecedentes, perspetivas e problemas daí resultantes; carácter não definitivo do documento, tendo em conta as constantes mutações; elaboração de projetos que se adaptem às eventuais alterações.

O diagnóstico deve, pois, proporcionar um conhecimento das forças e fraquezas do ambiente interno e das ameaças e oportunidades do ambiente externo (BRISSOS, 2004)[16], permitindo antever a tendência evolutiva dos fenómenos de um modo prospetivo, ou seja, antecipando futuros possíveis a partir da ação presente. Esta conceção de diagnóstico é congruente com a diversidade e a incerteza que caracterizam a sociedade atual, e remete para um tipo de participação cidadã compatível com o "nível de poder" (ARNSTEIN, 1969)[17], caracterizado pela possibilidade de escolhas e consequente grau de responsabilidade. Com efeito, o tratamento da dor, apesar das orientações do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2008)[18] e outros documentos de índole informativa e normativa, pode assumir perfis diversos em função de opções políticas, em sentido lato, de que os cidadãos são parte integrante. O cidadão deixa de ser exclusivamente recetor ou destinatário de cuidados para ser considerado, também, autor/prestador dos mesmos, evoluindo-se para uma perspetiva inclusiva, partilhada e em *continuum* (ALMEIDA, 2010)[19.]

Sendo o planeamento e, por consequência o diagnóstico de situação um processo multinível, há que ter em conta a interligação dos vários serviços envolvidos, no que se refere às respostas de enfermagem no tratamento da dor, nomeadamente entre centros de saúde, hospitais e cuidados continuados, quer ao nível do setor público, quer dos setores privado e social.

As considerações anteriores remetem para a necessidade de abordar a realidade com instrumentos que permitam abarcar as suas múltiplas facetas. A abordagem clássica do diagnóstico da situação passa preferencialmente pelo questionário (TAVARES, 1992)[15], tal

como fizemos no estudo em curso e do qual damos conta neste artigo; contudo, e assumindo uma conceção prospetiva deste processo, sabemos que as relações dinâmicas e evolutivas que o caracterizam podem tornar necessário o recurso a outros instrumentos metodológicos, em complementaridade, elucidando o caráter dinâmico e evolutivo da comunidade, bem como uma atitude pró-ativa, cada vez mais expressiva ao nível da participação cidadã, no que se refere à saúde. Situando-nos no *timing* do percurso já desenvolvido do diagnóstico de situação, e face aos objetivos delineados, apresentamos a seguir o roteiro metodológico do mesmo, com ênfase no instrumento de colheita de dados.

Tipo de estudo

Optou-se por um estudo descritivo dado que este pode ser utilizado com o fim de clarificar um determinado fenómeno, desenvolver uma teoria, identificar problemas da prática, realizar julgamentos ou identificar o que se está a desenvolver (GROVE, BURNS, GRAY, 2013)[20]. O diagnóstico de situação desenvolvido incidiu na componente de estrutura (figura 2) de acordo com o Modelo de IRVINE, SIDANI E HALL (1998)[4], apresentado anteriormente.

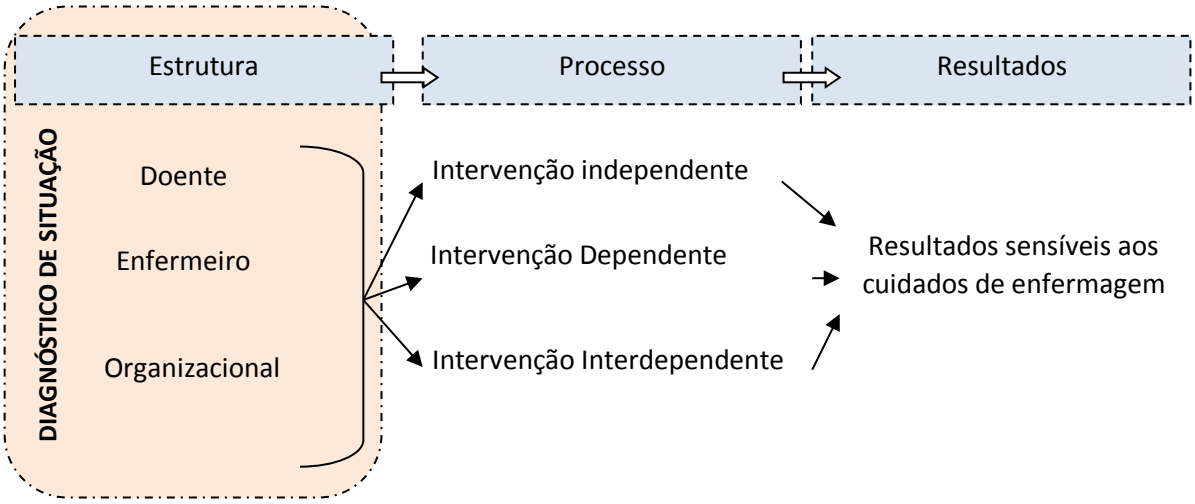


Figura 2 – Adaptado de Modelo de Efetividade de Papel de Enfermagem

População

Sendo este um estudo de diagnóstico, a opção de quem seria a população recaiu sobre o que consideramos ser "informantes chave", pois pela sua posição e pelas responsabilidades inerentes a esta, detêm conhecimento privilegiado sobre esta problemática (QUIVY E CAMPENHOUDT, 1992)[21]. Elegemos, assim, os Enfermeiros que assumem as funções de gestão das instituições, nomeadamente Enfermeiro Diretor, Enfermeiros Chefes ou outros que assumam estas funções.

Instrumento de colheita de dados

Elaboraram-se inquéritos sob a forma de questionários específicos para cada uma das instituições, procurando responder às suas especificidades, mas com variáveis comuns.

Os questionários foram organizados em duas dimensões: Identificação Institucional e Caracterização organizacional/contexto.

Na *Identificação Institucional*, para além da identificação do tipo de instituição, solicitava-se também que a pessoa que o preenchesse especificasse o cargo que ocupava na organização.

No caso das Unidade de Cuidados Continuados, solicitou-se a referência à tipologia da Unidade (de longa duração e manutenção, de média duração e reabilitação ou de convalescença).

Na dimensão *Caracterização organizacional/contexto*, os dados que foram solicitados relacionam-se com as variáveis da organização e dos enfermeiros, de acordo com o Modelo de IRVINE, SIDANI E HALL (1998)[4].

Exemplo de variáveis relacionadas com a organização/contexto, são o nº de camas ocupadas por doentes com dor, tipo e sistema de registos que são utilizados, a taxonomia utilizada nos registos (ver exemplo abaixo). A ênfase dada aos registos justifica-se, pois cabe ao enfermeiro assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)[22], devendo comunicar informação relevante, de forma compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, seja de forma oral, escrita ou eletrónica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003)[10], no respeito pela sua área de competência. Para além da importância que os registos têm a este nível, são necessários para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001)[3].

Neste diagnóstico pretendeu-se identificar o tipo de registos, que se poderão vir a constituir como fonte de informação para estudos subsequentes.

Serviço	Suporte de registo				Sistema de registo		Taxonomia	
	Do enfermeiro		Do médico		SAPE	Outro. Qual? ALERT	CIPE	Outro. Qual? _____
	Papel	Informático	Papel	Informático				

Outra variável que se considerou pertinente para o estudo, foram os aspetos relacionados com o método de trabalho utilizado pelos enfermeiros, sabendo que a escolha do método é realizada em função dos recursos disponíveis e do tipo de cuidados a prestar (FREDERICO e LEITÃO, 1999)[23].

Nenhum método de organização do trabalho é perfeito, mas é comumente aceite que o método de enfermeiro responsável é o que possibilita uma relação mais profunda entre o enfermeiro e o doente, promove a segurança, a continuidade e a individualização dos cuidados, ou seja a intervenção individualizada, o que, para além de ser um elemento fundamental na qualidade dos cuidados de enfermagem, é também é um fator facilitador na melhoria dos resultados do doente (SUHONEN, VALIMAKI E LEINO-KILPI, 2005)[24.]

Serviço	Responsável	Equipa	Individual	Funcional	Outro. Qual? _____

Tendo em conta a importância das dotações seguras, o número de enfermeiros por contexto foi considerado como um dado fundamental a ser obtido, por " haver evidência de uma forte relação entre a dotação de enfermeiros e a segurança dos doentes. Estudos de investigação demonstram que hospitais com baixas dotações de enfermeiros evidenciaram uma taxa mais elevada de doentes com complicações" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006)[25]. Questionou-se também o nº de enfermeiros nos diversos serviços, para além da sua caracterização, no que respeita à idade, ao sexo, e ao vínculo profissional (caracterização sociodemográfica). Como exemplo apresenta-se a questão aberta:

Serviço	**Nº Total**	**Idade**				**Sexo**		**Vínculo laboral**		
								TC	TI	outro
		<30	30-39	40-49	>50	H	M			

O nível de formação e qualificação dos enfermeiros é outro dos dados que se considerou relevante na caracterização dos enfermeiros, pelo que se procurou obter essa informação com a seguinte questão:

Nº Enf. / **Serviço**	**Por qualificação:**					**Por Formação profissional:**							
	Bach.	Licen.	Mest.	Dout.	Outro	Cuidad gerais	Enf. Especialista	Áreas de especialização* (indique qual/quais):					
								R	MC	SM	C	MO	IP

Diferentes estudos identificam a existência de relação entre os resultados dos doentes e a qualificação e experiência/"expertise" dos enfermeiros (MCKENNA, 1995)[26]; (AIKEN, CLARKE, CHEUNG, SLOANE e SILBER, 2003)[27], e consequentemente a qualidade de cuidados que estes desenvolvem. O "Skill Mix" dos enfermeiros é associado a resultados como a redução da

mortalidade, duração do internamento, custos e complicações e promove a educação e a satisfação dos doentes.

Num estudo desenvolvido por AIKEN, SLOANE, BRUYNEEL, VAN DEN HEEDE, GRIFFITHS, BUSSE, DIOMIDOUS, KINNUNEN, KÓZKA, LESAFFRE, MCHUGH, MORENO-CASBAS, RAFFERTY, SCHWENDIMANN, SCOTT, TISHELMAN, ACHTERBERG, e SERMEUS (2014)[28] em nove países europeus, concluiu-se que a qualificação dos enfermeiros, bem como o ratio enfermeiro-doente, parecem ter influência nos resultados dos doentes.

AMARAL, FERREIRA, CARDOSO E VIDINHA (2014)[29] utilizaram como variável caracterizadora dos enfermeiros o "rácio enfermeiro especialista" na equipa, sendo que no seu estudo se verificou que este rácio tinha efeitos positivos diretos na individualização dos cuidados, na relação médico/enfermeiro (componente de processo), mas também tinha um significativo efeito positivo indireto nas variáveis relacionadas com os resultados, como por exemplo os estado funcional dos doentes.

RESULTADOS

De acordo com os objetivos previamente definidos, relembramos - apresentar o roteiro metodológico seguido e perspetivar a continuidade do processo de planeamento – os resultados conseguidos referem-se aos aspetos metodológicos operacionalizados e não ainda às respostas obtidas face às questões colocadas, às instituições de saúde interpeladas.

Os inquéritos foram enviados para as diferentes instituições de Saúde do Distrito de Santarém, acompanhados de um preâmbulo enquadrador do projeto no âmbito do qual se desenvolvia a sua aplicação, orientações genéricas de preenchimento e estímulos às respetivas respostas.

Estas orientações cumpriram, aparentemente, os objetivos, tendo-se verificado uma taxa de retorno de 100%, com a globalidade das respostas totalmente preenchidas, em cada Instituição. Excetua-se, neste âmbito, a Unidade Privada de Saúde, pela diferente organização de cuidados que pratica relativamente às Instituições Públicas, pelo que se perspetiva uma abordagem mais consentânea com a conceção prospetiva do diagnóstico de situação, anteriormente assumida. A estratégia a desenvolver, neste caso, poderá passar pela utilização de instrumentos de colheita de dados de caráter mais interativo e pró-ativo, como sugere ALMEIDA (2010)[19], de que salientamos a entrevista.

Na continuidade do desenvolvimento deste projeto, a próxima etapa passará pela construção da base de dados e respetiva análise, o que conduzirá à caracterização

pretendida. Essa caracterização permitir-nos-á evoluir para a procura de respostas concretas no tratamento da dor, aos vários níveis de cuidados. Será a este nível que o projeto *Gestão de Sintomas* poderá dar o seu maior contributo, na resposta à dimensão "Extensão à Comunidade", procurando articular e potenciar projetos e modos de intervenção, em que as vertentes educativa e de pesquisa são uma parte fundamental, dado o caráter dinâmico e evolutivo da comunidade, bem como a crescente expressão do nível de participação cidadã, no que se refere à saúde.

CONCLUSÃO

Neste artigo atualizámos o estadio de desenvolvimento do projeto *Gestão de Sintomas*, do âmbito da UMIS, no que se refere à dimensão de pesquisa.

Partindo de um primeiro momento de abordagem ao tema, consubstanciada numa Revisão Sistemática da Literatura, (AMENDOEIRA, SANTOS, BARROSO, GODINHO, SARROEIRA, ROSA e MARQUES, 2013)[8], iniciámos um processo de conhecimento da realidade, do Concelho de Santarém, relativamente às respostas à dor crónica, das diversas Instituições de Saúde, dos setores Público, Privado e Social.

Do diagnóstico em curso, damos conta do trabalho realizado para o conhecimento da componente "estrutura", de acordo com o Modelo de IRVINE, SIDANI E HALL (1998)[4]. Perspetivamos, também, o caminho a seguir, assente numa nova conceção do processo de planeamento em saúde, caracterizado por uma visão prospetiva, de *futuros possíveis*, (BRISSOS, 2004[16]); (ALMEIDA, 2010[19]), de que a participação cidadã, em sentido amplo, é uma pedra basilar.

BIBLIOGRAFIA

[1]BURGUESS (1997) A Pesquisa de Terreno, Uma introdução. Oeiras, Celta Editora.

[2]MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003). Circular Normativa nº 09/ DGCG. A dor como 5º sinal vital Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde

[3]ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem. Divulgar.

[4]IRVINE, D.; SIDANI, S.; HALL, L.M. (1998) Linking Outcomes to Nurses´s Roles in Health Care. Nursing Economics. March-April. Vol.16 Nº 2.

[5]DONABEDIAN, A. (1980) *PSN,* Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its assessment. Ann Arbor, Health Administration Press.

[6]IRVINE D.; SIDANI, S.; KEATINGS ,M. e DOIDGE, D. (2002) An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *JAN*, 38(1), 29–39.

[7]ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) - Dor Guia orientador de boa prática. Lisboa: OE.

[8]AMENDOEIRA, SANTOS, BARROSO, GODINHO, SARROEIRA, ROSA e MARQUES (2013). Dor e Autocuidado: que intervenções de Enfermagem? Revisão sistemática da literatura. *UiIPS*, Nº 4, Vol.1, dezembro, p.p. 119 – 135.

[9]KÉROUAC, PEPIN, DUCHARME, DUQUETTE E MAJOR (1996) – El pensamento enfermeiro. Barcelona: Masson.

[10]ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Conselho de Enfermagem.

[11]MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010) A Organização Interna e Governação dos Hospitais. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais.48 p.

[12]SIMÕES, J. (2004) Retrato Politico da Saúde. Livraria Almedina. Coimbra.

[13]PERES, A. M.; FREITAS, L. J.; CALIXTO, R. C.; RIERA, J.R.M.; QUILES , A. S. Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *RER,* Vol. 1, Serie III, n^{o}.10 Coimbra, julho. 2013.

[14]IMPERATORI, E.; GIRALDES, M.R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

[15]TAVARES, A. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Ministério da Saúde.

[16]BRISSOS, M.A. (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões

relativas ao sector da saúde. *RPSP*, vol. 22, nº 1, janeiro/junho.

[17]ARNSTEIN, S. (1969) A Ladder of Citizen Participation. JAIP, Vol.35, Nº4, Jully, p.p. 216 – 249.

[18]DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: DGS.

[19]ALMEIDA, L. M. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 28, nº 1, janeiro/junho 2010.

[20]GROVE, S., BURNS, N., e GRAY, J. (2013). The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. St. Louis, MO: Elsevier.

[21] QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. (1992) Manual de Investigação em Ciências Sociais. Gradiva; Lisboa.

[22] ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) Código Deontológico do Enfermeiros. Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

[23]FEDERICO, M.; LEITÃO, M.A. (1999) Princípios de Administração para Enfermeiros. Formasau. Coimbra.

[24]SUHONEN, R.; VALIMAKI M. e LEINO-KILPI, H. (2005) Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *JAN,* 50 (3), 283-292.

[25]ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). Dotações seguras salvam vidas. Conselho Internacional de Enfermeiros.

[26]MCKENNA, H. P. (1995) Skill mix substitutions and quality of care: an exploration of key assumptions from the research literature**.** *JAN,* 21,452-459.

[27]AIKEN, L.H.; CLARKE, S.P.; CHEUNG, R.B.; SLOANE, D.M.; SILBER, J.H. (2003) Educational Levels of Hospital Nurses ans Surgical Patient Mortality. JAMA; September 24, vol 290, nº 12. pp 1617-1623.

[28]AIKEN,L.H.; SLOANE,D.M.; BRUYNEEL L.; VAN DEN HEEDE, K.; GRIFFITHS, P.; BUSSE, R,; DIOMIDOUS,M.; KINNUNEN,J.; KÓZKA, M.; LESAFFRE, E.; MCHUGH, M.; MORENO-CASBAS, M.T.; RAFFERTY, A.M.; SCHWENDIMANN,R.; SCOTT, P.A.; TISHELMAN, C.; ACHTERBERG, T.; SERMEUS, W. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. www.thelancet.com. Vol 383 May 24.

[29]AMARAL, F.S.; FERREIRA, P.L.; CARDOSO, M.L.; VIDINHA, T. (2014) Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. International Journal of Caring Sciences; September-December, Vol 7; Issue 3; pp 757-770.

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: ATITUDES DOS ENFERMEIROS

Maria Teresa Coelho[1]& Carlos Sequeira[2]

[1] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém
[2] Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO

Prestar cuidados de enfermagem implica obrigatoriamente comunicar. A comunicação é fundamental para aceder à individualidade da pessoa e personalizar os cuidados.

No sentido de responder às verdadeiras necessidades de saúde das pessoas deve ser assegurada a dimensão terapêutica da comunicação. Para tal, o enfermeiro deve desenvolver, entre outras, as atitudes de empatia, congruência, compaixão, respeito caloroso e autenticidade.

Com o objetivo de conhecer a forma como os enfermeiros se posicionam perante a utilização da comunicação terapêutica na prestação de cuidados, realizou-se um estudo quantitativo e exploratório, cujos resultados referentes ao posicionamento dos enfermeiros quanto às atitudes fundamentais para o estabelecimento de comunicação terapêutica se apresentam.

Para recolha da informação foi aplicado um questionário com a colaboração da Ordem dos Enfermeiros Portugueses que colocou e divulgou na sua página, o link de acesso ao questionário, durante o mês de Novembro de 2013.

Responderam ao questionário 448 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros.

Destacam-se das principais conclusões que para mais de 90% dos inquiridos é fundamental que, para estabelecer comunicação terapêutica, os enfermeiros manifestem uma atitude de empatia, congruência, autenticidade e respeito caloroso.

Palavras-chave: comunicação, comunicação terapêutica, atitude, enfermeiro

ABSTRACT

Providing nursing care necessarily implies communicating. Communication is fundamental to accessing the individuality of the person and personalise the caretaking.

In an effort to answer to the true necessities of people's health, a therapeutic dimension of communication must be assured. In order to do so, the nurse must develop, amongst others, the attitudes of empathy, congruence, compassion, warm respect and authenticity.

With the purpose of knowing the way nurses position themselves before the use of therapeutic communication in the provision of care, a quantitative and exploratory study took place, whose results referring to the positioning of nurses as to the fundamental attitudes for establishing therapeutic communication present themselves.

For the gathering of data, a survey was made with the collaboration of the Order of Portuguese Nurses that placed and disclosed on their webpage the access link to the survey, during November 2013.

448 nurses enlisted in the Order of Portuguese Nurses answered the survey.

It stands out from the main conclusions that for over 90% of the inquired it is fundamental that, to establish therapeutic communication nurses manifest an attitude of empathy, congruence, authenticity and warm respect.

Keywords: communication, therapeutic communication, attitude, nurse

INTRODUÇÃO

A comunicação ao ser considerada "indispensável para a sobrevivência dos seres humanos e para a formação e coesão de comunidades, sociedades e culturas" (Sousa, 2006, p. 23), é também indispensável para o enfermeiro que obrigatoriamente a integra nos cuidados que presta.

Existem, sem dúvida, várias razões que fazem com que tenhamos de comunicar, salientam-se entre elas a troca de informações, o entendimento em relação a si próprio e aos outros, a integração em grupos e na própria sociedade, e a interação com os outros, fundamental para a auto estima e equilíbrio (Sousa, 2006).

Comunicar consiste assim, de acordo com Phaneuf (2005), em exprimir-se e permitir também ao outro fazê-lo. A comunicação é um processo de acesso ao outro e de compreensão recíproca, aspetos essenciais para o enfermeiro enquanto cuidador.

Numa comunicação, de acordo com Phaneuf (2005), as trocas compreendem duas componentes principais, uma parte informativa, ligada ao domínio cognitivo – o quê da mensagem – e uma parte mais afetiva, ligada à maneira como é transmitida – o como da mensagem.

Pela natureza do cuidado de enfermagem a comunicação é fundamental tanto na dimensão cognitiva como afetiva.

Afirmam Bertone, Ribeiro & Guimarães (2007), que a comunicação deve fazer parte do exercício profissional dos enfermeiros, para que estes possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem.

A importância referida é reforçada por Phaneuf (2005), ao afirmar que a comunicação "constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo que entrava ou ao contrário motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento" (Phaneuf, 2005, p. 17).

Os aspetos referidos permitem afirmar a inevitabilidade da comunicação no dia-a-dia do enfermeiro, no entanto, a mesma afirmação não poderá ser feita em relação à dimensão terapêutica da mesma, uma vez que esta precisa ser assegurada pelo enfermeiro de forma consciente e intencional.

Assim, e para ser terapêutica, a comunicação deve apresentar as seguintes características:

- ser dirigida a um objetivo;
- ser única para cada pessoa;
- exigir um compromisso ativo, pois não depende da sorte nem é casual;
- requerer excelentes habilidades de observação e escuta (Fuller, 2007).

Pode afirmar-se então que a comunicação é terapêutica quando tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde da pessoa e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, (Stefanelli (1993), citada por Oliveira, Nóbrega, Silva, & Filha (2005).

Ao ter como objetivo principal aumentar a qualidade de vida da pessoa, e, como objetivos mais específicos fazer com que a pessoa: sinta que é o centro dos cuidados; note que a sua experiência da doença é o que mais importa ao enfermeiro; se sinta acompanhada; tenha a possibilidade de sentir, saber e decidir se quer mudar e como quer mudar a sua maneira de viver a sua situação, e, identificar e mobilizar recursos que lhe permitam lidar melhor com a

sua situação (Gefaell, 2007), a comunicação terapêutica revela-se uma ferramenta poderosa para o enfermeiro e indispensável na prestação de cuidados.

Reconhece-se igualmente que a importância da mesma, tanto pela descrição apresentada, como pela afirmação de que, quando se impõem processos de mudança, é necessário que o enfermeiro utilize a comunicação terapêutica (Gefaell, 2007) é transversal a diferentes contextos de cuidados revelando-se igualmente fundamental para diferentes situações de vida das pessoas e de cuidados.

Como se tem vindo a defender e a fundamentar, o sucesso da comunicação que o enfermeiro estabelece com as pessoas que cuida tem que ser garantido por este, não é uma questão de sorte ou acaso. Para que tal aconteça, é fundamental uma utilização integradora da comunicação atendendo não apenas ao "o quê", mas de forma especial ao "como" da mensagem, assegurando assim a dimensão terapêutica da comunicação.

Sendo intervenientes neste processo, pelo menos, o enfermeiro e o utente e sendo que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade pelo sucesso dos cuidados que presta, ou nesta caso pela comunicação que utiliza, este deve garantir que manifesta a atitude mais adequada e facilitadora para tal.

Falar da importância das atitudes do enfermeiro assume-se mais relevante ao ter-se em conta, como afirma Teixeira (2004), que as atitudes dos técnicos de saúde são um dos aspetos em que se centram as dificuldades de comunicação entre técnicos e utentes.

A afirmação anterior vem reforçar a importância de que, no âmbito da comunicação em enfermagem, seja promovida a integração, por parte do enfermeiro de atitudes que garantam uma comunicação eficaz, cujo sucesso terapêutico seja assegurado.

Enquanto cuidador, e para ajudar as pessoas, o enfermeiro necessita de adquirir conhecimentos e atitudes específicas, o que lhe permitirá, com as suas intervenções, abranger o problema em si e as suas consequências na vida diária da pessoa que o vivencia (Chalifour, 2008).

Para concretizar de forma terapêutica a comunicação, é necessário que o enfermeiro manifeste certas atitudes ao comunicar com a pessoa cuidada. Falamos de atitudes sabendo à partida que para identificar e descrever os mesmos aspetos, diferentes autores assumem diferente terminologia. Atitudes corresponde ao termo utilizado por Chalifour (2008).

Centremo-nos no termo atitude considerando que significa, neste contexto, modo de proceder ou comportamento, ou seja, a forma como agimos, a reação que temos frente aos acontecimentos da vida (Dicionário Houaiss, 2003).

Para Townsend (2011 p. 123) trata-se de "um quadro de referência à volta do qual cada individuo organiza o conhecimento sobre o seu mundo. Pode ser uma opinião pré-concebida e pode ser seletiva e tendenciosa. As atitudes preenchem a necessidade de encontrar significado para a vida e de dar clareza e consistência ao individuo". Perante tais afirmações é fácil atribuir-se às atitudes assumidas pelos enfermeiros, quando utilizam a comunicação terapêutica em situações de cuidados, um estatuto relevante.

Foram mobilizadas no estudo (base deste artigo), as atitudes de empatia, respeito caloroso, autenticidade, compaixão, esperança, congruência, confrontação, imediatismo, aceitação, transferência, revelação de si e humor, todas elas consideradas teoricamente essenciais.

Assim, e se do ponto de vista teórico parece não haver dúvidas quanto à importância da utilização, pelo enfermeiro, de comunicação terapêutica, torna-se fundamental um conhecimento mais concreto da realidade, da forma como os enfermeiros se posicionam perante atitudes que promovem e favorecem a dimensão terapêutica da comunicação para que seja garantido um uso mais efetivo da mesma.

É neste âmbito que surge o estudo que serve de base à elaboração deste artigo e que tem como objetivo conhecer a forma como os enfermeiros se posicionam perante a utilização da comunicação terapêutica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de enfoque quantitativo exploratório e descritivo.

O instrumento de colheita de dados foi um questionário, elaborado por nós assegurando-se as seguintes etapas: revisão da literatura; construção de um esboço do questionário; validação do questionário por peritos; submissão do questionário a pré teste. Após estas etapas chegou-se ao questionário utilizado.

Fez-se aplicação online do questionário com a colaboração do Ordem dos Enfermeiros Portugueses que colocou na sua página oficial o Link de acesso ao questionário, disponível para preenchimento durante o mês de Novembro de 2013.

Trata-se de um questionário misto mas, os resultados que se apresentam neste artigo resultam de pergunta onde foi usada escala de Likert, com 5 opções de resposta (1discordo totalmente a 5 concordo totalmente).

A colheita de dados decorreu no período referido (Novembro de 2013), estando o questionário acessível a todos os enfermeiros inscritos na Ordem, que se constituíam na população do estudo.

Acederam ao questionário 554 enfermeiros. Foram excluídos 106 registos (12 por terem apenas a data de acesso e 94 por terem apenas data e dados de caraterização).

Obteve-se assim, uma amostra, não probabilística e intencional, constituída por 448 enfermeiros, número de questionários cujas respostas foram objeto de análise no presente trabalho.

A análise dos dados foi efectuada com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20. Relativamente ao tratamento estatístico, procedeu-se a uma análise descritiva com base na distribuição das respostas pelas categorias de todas as variáveis.

Para entender melhor os sentidos de resposta, recorreu-se também a cruzamentos para uma análise bivariada, permitindo perceber como a informação sobre os posicionamentos dos respondentes quanto aos diferentes aspetos se distribui face às variáveis independentes, a saber: sexo, habilitações académicas, ter o título de especialista pela ordem dos enfermeiros (adiante designado titulo de especialista), categoria profissional, área em que exerce atualmente (adiante designada atividade atual), tempo de exercício profissional.

Por forma a confirmar a associação entre as variáveis, utilizou-se o teste V de Cramer. A leitura dos resultados é suportada e fundamentada tendo como valores de referência o da significância (entre 0,000 e 0,050 para despiste da significância estatística da relação), e o do "*test value*" (superior a 0,3 para análise da potência da associação, considerando-a como forte) (Maroco, 2007).

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética do ICBAS, Universidade do Porto.

Foram, ao longo de todo o processo, tidos em conta os princípios éticos de que se destacam o consentimento livre e esclarecido e o respeito pela confidencialidade de todas as informações.

Identificam-se como principais limitações deste estudo o facto de não se terem encontrado outros estudos que permitissem a comparação dos resultados; a divulgação do Link para acesso ao questionário não ter chegado a todos os enfermeiros; e, o número de questionários respondidos não permitir extrapolar os resultados para a população.

RESULTADOS

No quadro seguinte apresenta-se a distribuição dos participantes pelas variáveis de caracterização.

Quadro 1- Caracterização dos participantes

Dados demográficos	Caraterização dos participantes (%)	Média	Moda
Sexo (N = 447)			
Feminino	78,5		
Masculino	21,5		
Idade (N= 434)			
21-30	39,9		
31 – 40	26	35,7	30
41-50	25,4		
51-60	8,7		
Mínimo	21		
Máximo	56		
Habilitações académicas (N=446)			
Bacharelato	0,9		
Licenciatura	67,5		
Mestrado	28,5		
Doutoramento	3,1		
Ser detentor do título de especialista pela OE (N=447)			
Sim	57		
Não	43		
Categoria Profissional (N=427)			
Enfermeiro da prática clinica	89,2		
Enfermeiro da prática docente	10,8		
Tempo de exercício profissional (N = 448)			
Ate 10 anos	50,5	13,7	8
Mais de 10 anos	49,5		
Atividade atual (N= 410)			
Prática clinica	63,8		
Docência	10		
Gestão	6,5		
Outra	8,8		
Multi atividade	10,9		

Foram apresentadas aos enfermeiros um conjunto de atitudes, com base em Chaliour,(2008) e Phaneuf (2005) e solicitado que, em relação a cada uma delas e de acordo com a escala apresentada, assinalassem o seu grau de concordância com a afirmação - para estabelecer comunicação terapêutica é fundamental que o enfermeiro manifeste uma atitude de…

Os resultados obtidos encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 – Opinião dos respondentes quanto à afirmação «para estabelecer comunicação terapêutica é fundamental que o enfermeiro manifeste uma atitude de…»

Atitudes do enfermeiro	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
Empatia	0,0%	0,4%	0,7%	27,1%	71,8%
Respeito caloroso	0,4%	3,9%	5,7%	39,7%	50,4%
Autenticidade	0,0%	0,7%	1,4%	35,0%	62,9%
Compaixão	3,6%	18,2%	18,6%	30,0%	29,6%
Esperança	1,8%	6,0%	11,0%	46,3%	34,9%
Congruência	0,4%	0,0%	1,4%	37,6%	60,6%
Confrontação	12,1%	22,8%	23,1%	28,8%	13,2%
Imediatismo	14,3%	35,5%	30,1%	11,1%	9,0%
Aceitação	0,0%	3,6%	9,3%	43,8%	43,4%
Transferência	11,5%	23,0%	29,5%	20,9%	15,1%
Revelação de si	11,8%	32,6%	28,7%	6,1%	10,8%
Humor	1,8%	7,5%	18,1%	4,5%	23,1%

A leitura da tabela 1 permite constatar que para mais de 90% dos enfermeiros, é essencial uma atitude de empatia, congruência, autenticidade e respeito caloroso para comunicar de forma terapêutica. É igualmente importante enfatizar que mais de 50% destes assinalaram concordar totalmente.

As atitudes aceitação e esperança obtiveram a concordância de uma percentagem muito expressiva de enfermeiros, respetivamente 87,2 e 81,2 %.

Dos resultados contidos na tabela apresentada, ressalta a percentagem de indecisos quanto às atitudes de: humor, compaixão, confrontação, transferência, revelação de si e imediatismo que se situam entre 18,1 e 30,1%.

Igualmente relevante o facto de que para a confrontação, transferência, revelação de si e imediatismo é superior a percentagem dos que não concordaram (por indecisão ou discordância) em relação aos que concordaram.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com as atitudes aponta para uma diferenciação de opiniões nas atitudes:

esperança em função do tempo de exercício profissional, tendo sido os que trabalham há mais de 10 anos que mais concordaram;

aceitação em função das habilitações académicas em que foram os detentores do grau de mestre que mais concordaram;

revelação de si em função das habilitações académicas tendo sido os detentores do grau de doutor os que mais concordaram.

Apresenta-se no quadro 2, uma síntese das variáveis com significância estatística quanto às atitudes referidas e os respetivos valores de V de Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro 2 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto à afirmação «para estabelecer comunicação terapêutica é fundamental que o enfermeiro manifeste uma atitude de…»

Atitudes	**Variáveis independentes**	**Valor de V de Cramer**
Esperança	Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,221; Sig: 0,009
Aceitação	Habilitações académicas (detentores do grau de mestre)	V de Cramer: 0,168; Sig:0,015
Revelação de si	Habilitações académicas (detentores do grau de doutor)	V de Cramer: 0,215; Sig:0,001

Os resultados apresentados indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: tempo de exercício profissional e habilitações académicas diferenciadoras da opinião dos enfermeiros quanto às atitudes referidas, ainda que, com uma associação de fraca intensidade.

DISCUSSÃO

A concordância assinalada pelos inquiridos com as diferentes atitudes apresentadas foi desigual.

As atitudes de empatia, congruência, autenticidade, respeito caloroso, aceitação, e esperança obtiveram a concordância de mais de 80% dos enfermeiros, o que está de acordo com a importância que lhes é atribuída pelos autores, nomeadamente Townsend (2011), Chalifour (2008), Stuart & Laraia (2006) e Phaneuf (2005).

Como referido anteriormente, e apesar de terem havido enfermeiros a concordar com todas as atitudes, salienta-se em relação a algumas (humor, compaixão, confrontação, transferência, revelação de si e imediatismo) a elevada percentagem de indecisos, e, em relação a outras (confrontação, transferência, revelação de si e imediatismo) o facto da percentagem de não concordantes ser superior à dos concordantes, resultados que podem induzir alguma reflexão.

Quanto ao humor é apresentado por Townsend (2011) como a tonalidade emocional sustentada de uma pessoa que influencia significativamente o comportamento, a personalidade e a perceção. A partir desta perspetiva mais geral, facilmente se percebe a importância do mesmo, revelada por Phaneuf (2005) ao afirmar que se trata de uma aptidão que o enfermeiro utiliza para criar um clima de leveza e prazer, ajudando a pessoa a ver a vida de uma forma mais aceitável e tranquila. Esta perspetiva sustenta, de alguma forma, a sua importância na concretização da dimensão terapêutica da comunicação

As ideias apresentadas são concretizadas por José (2002), ao afirmar que o humor é uma competência dos enfermeiros, mas que só deve ser utilizado por quem tiver aptidão para o fazer, não esquecendo que o seu uso pode ser planeado e deve dirigir-se à pessoa e não à doença.

O posicionamento dos inquiridos sobre o humor, poderá refletir a sua utilização efetiva, tendo em conta como refere José (2002) que, só quem tem aptidão para tal o deve utilizar. Poderá ainda assim, ser necessária a sua inclusão na formação dos enfermeiros para que sejam garantidos os princípios da sua utilização e, para que este se venha a constituir como um recurso efetivo na utilização da comunicação terapêutica pelos enfermeiros.

Em relação à compaixão, e apesar de Chalifour (2008) a apresentar como atitude importante para o enfermeiro, através da qual este pode manifestar interesse pelo cliente, a inclusão da mesma não é transversal aos diferentes autores. Não se encontra em relação a este aspeto a mesma divulgação encontrada em relação a outros, podendo este ser um fator a ter influência na indecisão ou na discordância manifestada pelos enfermeiros.

A confrontação é, segundo Phaneuf (2005), uma habilidade que exige perícia do enfermeiro, apresentando este aspeto com o ilustrativo titulo “a confrontação, um instrumento de crescimento pessoal para a pessoa ajudada”. O facto do termo confrontação ter como sinónimos confronto e enfrentamento, pode conferir-lhe alguma agressividade que pode conduzir à sua não utilização.

Apesar de poder ter, entre outros, objetivos como favorecer a tomada de consciência na pessoa, permitir à pessoa cuidada descobrir as suas forças e as suas fraquezas, ajudar a pessoa a reconhecer e a esclarecer os seus comportamentos confusos (Phaneuf, 2005), existe alguma controvérsia quanto à sua utilização (Chalifour, 2008). A dispersão de respostas, pode ser ilustrativa destes aspetos.

Phaneuf (2005), ao apresentar a revelação de si apresenta uma questão pertinente, ou seja, como é que numa relação voltada para a pessoa cuidada se coloca a questão da revelação

de si, da pessoa que ajuda. Acrescenta a autora que esta habilidade vai permitir ao enfermeiro, quando a pessoa cuidada enfrenta uma grande dificuldade, e com um objetivo terapêutico, falar-lhe da sua própria experiência numa situação semelhante, e assim pela vivência de uma situação parecida mostrar-lhe que está em condições de a compreender.

Considera-se que se trata de um aspeto importante que, apresentado desta forma, reduz a possibilidade do enfermeiro utilizar a sua experiência falando por falar, mas de forma consciente e intencional a utilize, quando adequado, com o objetivo de exprimir uma compreensão baseada na experiência (Phaneuf, 2005). Este aspeto parece ainda não ser muito claro pois 73,1% dos enfermeiros assinalaram não concordar (por indecisão 28,7% ou por discordância 44,4%), com a revelação de si, como atitude importante para estabelecer comunicação terapêutica.

De acordo com Townsend (2011), a revelação de si próprio, pode ser apropriada quando o enfermeiro considera que a informação pode beneficiar a pessoa de modo terapêutico, não devendo em qualquer situação ser utilizada para responder a necessidades do enfermeiro.

Por sua vez, o imediatismo remete para o aqui e agora, para o momento presente. Segundo Phaneuf (2005), trata-se de uma atenção sustentada no momento presente, de quem presta cuidados. Exige atenção ao que a pessoa ajudada vive no imediato.

Pelas respostas obtidas verifica-se que 79,9% dos enfermeiros não concordaram com esta atitude, o que pode refletir a afirmação de Chalifour (2008) de que, mesmo sendo óbvio que as trocas entre o interveniente e a pessoa ajudada ocorrem no momento presente, este aspeto é frequentemente ignorado e pouco utilizado.

CONCLUSÕES

Mais de 80% dos inquiridos consideraram que para comunicar de forma terapêutica são essenciais as atitudes de empatia, congruência, autenticidade, respeito caloroso, aceitação e esperança.

Salienta-se também que entre 18,1% e 30,1% dos inquiridos assinalaram indecisão quanto às atitudes de humor, compaixão, confrontação, transferência, revelação de si e imediatismo, sendo que para as 4 últimas foi maior a percentagem dos que discordaram em relação aos que concordaram.

As variáveis tempo de exercício profissional e habilitações académicas apresentaram-se diferenciadoras da opinião dos enfermeiros quanto às atitudes.

Salienta-se que, em relação às atitudes apresentadas, a maior concordância dos inquiridos parece coincidir com as atitudes com maior divulgação e unanimidade entre os diferentes autores. Talvez seja oportuno considerar a possibilidade de um maior aprofundamento e divulgação das mesmas, para assim, ampliar também o leque de oportunidades para uma intervenção terapêutica do enfermeiro.

BIBLIOGRAFIA

Bertone, T. B., Ribeiro, A. P. & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, 3, p. 1-5. Acedido Fevereiro 12, 2013, em http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.

Dicionário Houaiss da língua portuguesa. (2003) Lisboa: Circulo de leitores.

Fuller, J. K. (2007). *Instrumentación quirúrgica: Teoria, técnicas y procedimientos.* Querétaro México: Editorial Medica Panamericana.

Gefaell, C. V. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería.* Madrid: Difusión Avances de Enfermería.

José, Helena (2002). Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros. Loures: Lusociência.

Maroco, J. (2007). *Análise estatistica: com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Oliveira, P. S., Nóbrega, M. L., Silva, A. M., & Filha, M. F. (2005). Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Rev. Electrónica Enferm.* 7(1), p. 54-63. Acedido Outubro 6, 2013, em: http://www.revistas.ufg.br /index.php/fen/article/view/861

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Loures: Lusociência.

Sousa, J. P. (2006). *Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e dos media* (2ª ed.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2006). *Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica* (8ª ed.). Madrid: Elsevier España S.A.

Teixeira, J. A. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Aná. Psicológica,* 22(3), p. 615-620.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica : conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

PARENTALIDADE POSITIVA E CAPACITAÇÃO PARENTAL NO CUIDADO À CRIANÇA DOENTE

Maria Salomé Brás[1], Regina Ferreira[2] & Lurdes Torcato[2]

[1] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/Mestranda do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
[2] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém

RESUMO

Este artigo assenta sobre a temática da parentalidade positiva rumo à capacitação parental. Emergiu do trabalho realizado para a aquisição do grau de mestre em enfermagem de saúde da criança e do jovem, tendo como ponto de partida o Estágio II e Relatório, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Como objetivo geral do estudo definimos identificar as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro, assentes na parentalidade positiva, que fomentam a capacitação parental junto da criança doente.

A análise emergiu da reflexão crítica da prática de cuidados, aliada ao exercício da prática baseada em evidências. A pergunta definida em formato PI(C)O "Que intervenções desenvolve o enfermeiro, assentes na parentalidade positiva, que fomentem a capacitação parental junto da criança doente?" serviu de base a uma Revisão Sistemática da Literatura. A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, conforme protocolo estabelecido, com um filtro 2008/2014, emergindo 3 estudos primários.

Conclui-se que podem ser implementadas intervenções em distintas esferas do cuidado: atitude do enfermeiro, conhecimento, comunicação, envolvimento parental e respostas emocionais parentais. Invoca-se o reforço positivo no papel parental, apelando a uma intervenção alicerçada no potencial parental.

Palavras-chave: Enfermagem, Parentalidade positiva, Capacitação parental e Criança doente

ABSTRACT

This article it settles upon the thematic of positive parenting bearing parental capability. Emerged from work undertaken to acquire a master's degree in nursing health of children and young, and had it started with Stage II and Report, carried out under the Master's Degree in Nursing Health of Children and Young. It was defined as general purpose the understanding of the interventions developed by the nurse, laid on positive parenting, that promote the parental capability near the sick child.

The analysis emerges from the critical reflection of the care practice, which allies to the exercise of the evidence-based practice. The question defined in PI(C)O structure "What interventions develops the nurse, based on positive parenting, that encourage parental capability near the sick child?" was the basis for a Systematic Literature Review. The survey was conducted in the EBSCO platform, following an established protocol, with a filter 2008/2014 and 3 primary studies came up.

It concludes that interventions can be implemented in different spheres of care: attitude of nurses, knowledge, communication, parental involvement and parental emotional responses. Calls up the reinforcement of the parental role, appealing to a potential supported in parental intervention.

Keywords: Nursing, Positive parenting, Parental capability, Sick child

INTRODUÇÃO

A base estrutural do apoio à família passa por habilitar e capacitar o sistema familiar, utilizando a aceitação e o respeito como elementos básicos no processo de delegação de poderes de decisão. Nesta relação de parceria construída com as crianças e famílias, os enfermeiros promovem a adaptação aos desafios de saúde, proporcionando qualidade de vida a todos os intervenientes (Ordem dos Enfermeiros, 2010)[1.]

A vinculação pais/recém-nascido, e particularmente o envolvimento emocional materno, tem sido um tema amplamente debatido e estudado por diversos autores. Bowlby (1984)[2] realça a importância da existência de uma figura de vinculação com quem se estabeleça uma ligação emocional estável, a partir da qual a criança construa expetativas acerca de si própria, acerca das relações interpessoais e do mundo.

Preconiza-se que sempre que possível, a criança cresça com o amparo e sob a responsabilidade dos seus pais, num ambiente de afeto e segurança moral (Convenção sobre

os Direitos da Criança, 1989)[3]. À criança é conferido o direito ao amor e compreensão, por parte dos pais e da sociedade. Estes são requisitos necessários para garantir o seu desenvolvimento pleno e harmonioso, sendo no seio da família, e mais especificamente a partir das interações entre os seus membros, que se experimentam ambientes potenciadores de afetos. A relação pais-filho assume uma importância incontornável, pelo seu caráter único. No exercício da parentalidade positiva, a criança assume-se como figura central, com direitos, características e potencialidades a desenvolver (Lopes, Catarino e Dixe, 2010)[4]. A própria criança é a condição mais importante no processo de construção e exercício da parentalidade, pois no decorrer do seu desenvolvimento vai apelar a uma parentalidade em constante redefinição (Levobici, 2004)[5].

O conceito de parentalidade positiva é definido como "um comportamento parental baseado no Superior Interesse da Criança; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da proteção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia" (Conselho da Europa, 2008, p. 144)[6]. Pressupõe atividades quotidianas que previnam comportamentos de risco, que fomentem comportamentos desejados e respondam às diferentes necessidades da criança, envolvendo um complexo conjunto de responsabilidades para os pais. De acordo com o Conselho da Europa (2008)[6], o exercício da parentalidade positiva integra cinco dimensões distintas, pressupondo a realização de atividades que visam responder às diferentes necessidades da criança, promovendo a sua capacitação e proporcionando-lhe reconhecimento e orientação, podendo-se definir como: necessidades físicas da criança, segurança da criança (onde se integra a proteção da saúde e os cuidados na doença), promoção/estimulação de comportamentos adequados ao seu desenvolvimento, comunicação positiva com a criança e disciplina positiva.

O conceito de parentalidade positiva caracteriza-se por ser dinâmico e integrador daquilo que representa a condição de ser pai ou mãe, fazendo apelo à responsabilização parental. Envolve aspetos relacionados com a mudança, adaptação e aprendizagem, necessários para que os pais progridam na sua própria parentalidade, adquirindo competências necessárias à tomada de decisão parental (Fielden e Gallagher, 2008)[7]. Russel (1997)[8] realça a importância do carinho parental como variável essencial no exercício da parentalidade positiva. Considera que os pais devem assumir atitudes que melhorem as trocas afetivas, dirigindo

respostas emocionais adaptadas à criança e ao seu comportamento e acrescenta que a criança deve ser alvo de ternura e afeto.

A capacitação surge como um dos elementos centrais na parentalidade, implicando a valorização das forças da criança, refletindo a crença de que os pais devem respeitar a capacidade evolutiva dos filhos e reconhecendo que a infância e a parentalidade são ambos processos dinâmicos. A parentalidade positiva integra como uma das suas principais vantagens esta promoção da capacitação dos pais para o desenvolvimento do papel parental (Lopes, Catarino e Dixe, 2010)[4].

A capacitação parental reveste-se de particular importância perante a criança doente. Esta dimensão do cuidado parental destacou-se durante a realização do Estágio II e Relatório, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. As inquietações decorrentes da prática, no sentido de potenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar às crianças e suas famílias, impulsionaram uma reflexão aprofundada das estratégias que podem ser utilizadas pelo enfermeiro para capacitar os pais para o cuidado à criança doente.

Perante a doença de um filho os pais podem sentir dúvidas relacionadas com a sua capacidade para cuidar da criança, sendo as competências parentais intensamente desafiadas (Jorge, 2004[9]; Maltby, Kristjanson, e Coleman, 2003[10]). Torna-se imperativa a avaliação da parentalidade e das estratégias que permitirão a adaptação à nova realidade, sendo necessário estar atento ao conflito e angústia que os pais podem sentir face às mudanças percebidas no seu papel parental (Reis, 2007)[11].

A implementação de um plano promotor da parentalidade, que proporcione o conhecimento e aquisição de habilidades favoráveis ao desenvolvimento de competências necessárias à gestão dos processos de saúde/doença, implica o trabalho em parceria com a criança/família, encarando sempre este binómio como a base da intervenção do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2010)[1].

Com o intuito de ir ao encontro das necessidades específicas de cada criança/família, deve promover-se a parceria na prestação de cuidados, procurando manter a força dos papéis e laços familiares e promover a normalidade da unidade familiar. Os cuidados de enfermagem à criança/família, numa perspetiva de parceria, podem utilizar como base concetual o Modelo de Enfermagem de Parceira nos Cuidados de Anne Casey (desenvolvido em 1988), e que se direciona para a prestação de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico. Este modelo encara a abordagem à criança/jovem, tendo como ponto de partida a centralidade

dos cuidados na família, valorizando o amor como forma de cuidar, motivo pelo qual os pais serão os melhores prestadores de cuidados à criança, o que reforça a família e concretamente os pais nos seus papéis naturais de cuidadores. A partir das suas forças singulares e reconhecendo a sua experiência de cuidar dos filhos, considera as necessidades de todos os membros da família, potenciando a tomada de decisão e o crescimento como cuidadores e gestores do processo de doença da criança (Casey, 1993[12] e Mano, 2002[13]).

Segundo Lopes, Catarino e Dixe (2010)[4] promovendo competências parentais positivas alcançam-se resultados benéficos para pais e crianças, tais como a melhoria dos conhecimentos parentais, a aquisição de habilidades específicas para a prestação de cuidados à criança e uma adequação da relação pais/filhos. A sincronia das respostas às necessidades da criança e o envolvimento parental devem ser reforçadas pelos profissionais, uma vez que são variáveis essenciais no exercício da parentalidade positiva (Benzies, 2008)[14].

METODOLOGIA

Considerando a temática e os conceitos a si subjacentes, foram definidos critérios para a formulação da questão de investigação, mobilizando-se os princípios inerentes à metodologia PI(C)O, emergindo assim a seguinte questão:

"Que intervenções desenvolve o enfermeiro, assentes na parentalidade positiva, que fomentem a capacitação parental junto da criança doente?"

Recorrendo à plataforma EBSCO HOST, foram mobilizadas as seguintes bases de dados eletrónicas: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing e Allied Health Collection: Basic e MedicLatina. A pesquisa dos artigos eletrónicos foi realizada a 28 de Maio de 2014, para artigos publicados entre Janeiro de 2008 e Fevereiro de 2014, usando as seguintes palavras-chave, na sequência que se apresenta: nurs, parenting, disease. Os limitadores de pesquisa foram: modo de pesquisa boleano/frase, artigo de pesquisa, texto completo, com resumo disponível, primeiro autor é enfermeiro, crianças internadas (com idade compreendida entre os 0 e os 18 anos, de ambos os sexos), estudos qualitativos e quantitativos, dentro do âmbito da temática.

Utilizaram-se os seguintes critérios de exclusão: pessoa adulta, artigos de revisão sistemática da literatura. Partindo de cada conceito e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos, foram identificados 73 artigos, cuja leitura dos títulos e resumos, resultou numa pré-seleção de 18

artigos. Da leitura integral do conteúdo dos referidos documentos apuraram-se 3 artigos, que foram alvo de análise detalhada. Apresentam-se seguidamente os aspetos essenciais da estrutura do estudo que serviu de base a cada um dos artigos analisados. O nível de evidência de cada estudo encontra-se de acordo com o definido por Melnyk e Fineout-Overholt(2011)[15], adaptado de Guyatt, Rennie (2002)[16] e Harris, Helfand, Woolf (2001)[17].

Quadro nº 1 – Resumo da estrutura do estudo que serviu de base ao artigo " "The Logic of Care"- Parents'perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes"

Título	"The Logic of Care"- Parents'perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes
Autores	Lisberth Jonson, Inger Hallstrom & Anita Lundqvist
Metodologia	Estudo qualitativo
Objetivos	Descrever as perceções parentais acerca do processo educacional que foi sujeito, quando ao seu filho foi diagnosticada Diabetes Mellitus Tipo 1
Participantes	10 mães e 8 pais de crianças com idade compreendida entre os 3 e os 16 anos, com diagnóstico recente Diabetes Mellitus Tipo 1
Instrumentos	Entrevistas semi-estruturadas/ Análise de conteúdo
Principais resultados	A calma, o conhecimento e o compromisso do enfermeiro são características identificadas como fomentadoras da capacitação parental. A autonomia progressiva que foi conferida aos pais, foi promotora de confiança.
Nível de Evidência	VI – Evidence from a single descriptive or qualitative study

Quadro nº 2 – Resumo da estrutura do estudo que serviu de base ao artigo "Parent's expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care settings: a qualitative multicenter study with 60 parents"

Título	Parent's expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care settings: a qualitative multicenter study with 60 parents
Autores	Sonia Guillaume, Natacha Michelin, Elodie Amrani, Brigitte Benier, Xavier Durrmeyer, Sandra Lescure, Charlotte Bony, Claude Danan, Olivier Baud, Pierre- Henri Jarreau, Elodie Zana Taieb & Laurence Caeymaex
Metodologia	Estudo prospetivo qualitativo
Objetivos	Explorar as perceções parentais acerca das primeiras interações entre os pais e o recém-nascido, identificando as ações que os cuidadores podem adotar para incrementar o desenvolvimento desse processo interativo
Participantes	60 pais (30 mães e 30 pais), de recém-nascidos

	prematuros (nascidos antes das 32 semanas de gestação), internados numa unidade de cuidados neonatais
Instrumentos	Entrevistas semi-estruturadas/Análise de conteúdo
Principais resultados	A maioria dos pais sente-se dependente do enfermeiro para a prestação de cuidados à criança. A atitude gentil e atenciosa do enfermeiro foi relatada como motivadora da proximidade dos pais na prestação de cuidados.
Nível de Evidência	VI – Evidence from a single descriptive or qualitative study

Quadro nº 3- Aspetos relacionados com a estrutura do estudo que serviu de base ao artigo "Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran"

Título	Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran
Autores	Fereshteh Aein, Fatemeh Alhani, Eesa Mohammadi & Anoshirvan Kazemnejad
Metodologia	Estudo qualitativo
Objetivos	Explorar as experiências de pais e enfermeiros acerca da participação parental nos cuidados à criança hospitalizada, diagnosticada com doença crónica
Participantes	14 pais e 11 enfermeiros
Instrumentos	Entrevistas temáticas, não estruturadas Análise de conteúdo
Principais resultados	Os pais consideraram que a sua participação nos cuidados lhes permite continuar a assumir-se como cuidadores. Consideraram ainda que a observação indireta prática dos enfermeiros, usando-os como modelo, é uma forma de se capacitarem para cuidar da criança. A presença parental não implicou diretamente o envolvimento nos cuidados.
Nível de Evidência	VI – Evidence from a single descriptive or qualitative study

RESULTADOS

Da leitura e análise dos artigos emergiram como temas centrais: a atitude do enfermeiro, transmissão de conhecimento, comunicação com os pais, envolvimento parental nos cuidados e respostas emocionais perante a situação de doença da criança.

Em relação à **atitude** do enfermeiro e à conduta adotada durante a prestação de cuidados, resulta que o estabelecimento de um compromisso com a família, inspirando confiança e baseando-se numa relação de empatia, é identificado como facilitador de uma atitude parental de partilha e abertura em relação às dificuldades sentidas no cuidado à criança (Jönsson, Hallström e Lundqvis, 2012)[18].

Já Guillaume, Michelin, Amrani, Benier, Durrmeyer,Lescure, Bony, Danan, Baud, Jarreau, Zana-Taïeb e Caeymaex (2013)[19] realçam que uma conduta atenciosa do enfermeiro é

considerada primordial para que as interações entre os pais e o recém-nascido se desenvolvam e se estabeleça um contato inicial. Uma atitude gentil é ainda motivadora da proximidade dos pais durante a prestação direta de cuidados de enfermagem, fomentando a proximidade e a relação parental. Por seu lado, a calma transmitida pelo enfermeiro na prestação de cuidados, permite que os pais desenvolvam a noção de que é possível manter a situação de doença controlada (Jönsson, Hallström e Lundqvis, 2012)[18].

A aquisição de **conhecimento** apresenta-se como aspeto de realce na capacitação parental para o cuidado à criança. Guillaume *et al* (2013)[19] destacam a importância do acesso a informações de forma regular, o que permite minimizar os sentimentos parentais de desamparo, fomentando a sua capacidade para manter a proximidade com a criança. Os mesmos autores referem que explicar aos pais as competências sensoriais e relacionais do recém-nascido, se configura essencial para o conhecimento do seu filho e para a emergência de um sentimento de parentalidade.

O compromisso evidenciado pelo enfermeiro na aquisição parental de conhecimento, identifica-se assim como uma intervenção que fomenta a capacitação parental. O facto de o enfermeiro permitir que os pais sejam cada vez mais autónomos na prestação de cuidados, é entendido por estes como um sinal que reflete a sua capacidade para cuidar da criança (Jönsson, Hallström e Lundqvis, 2012)[18]. A observação indireta da prática dos enfermeiros, usando-os como modelo, é também uma forma de os pais se capacitarem para cuidar da criança doente (Aein, Alhani, Mohammadi, Kazemnejad, 2009)[20].

De acordo com Jönsson, Hallström e Lundqvis (2012)[18]; Guillaume *et al* (2013)[19] o fornecimento aos pais de uma informação estruturada, garantindo a sua aquisição de conhecimentos, é identificada como essencial no percurso para a aquisição de autonomia na gestão da doença da criança, contudo esta preocupação não se encontra sempre presente durante a prestação de cuidados.

As intervenções relacionadas com a vertente da **comunicação** também encontram um destaque particular. A utilização de uma linguagem comum entre enfermeiros e pais foi considerado um aspeto de realce, agilizando esta relação (Jönsson, Hallström e Lundqvis, 2012[18]; Guillaume *et al*, 2013[19]). Este aspeto funciona como alicerce na construção de uma relação de confiança entre o enfermeiro e os pais, permitindo a partilha de informação e devendo ser iniciado o mais precocemente possível.

A possibilidade de os pais poderem contactar telefonicamente com os enfermeiros do serviço, sempre que lhes é impossível estar com a criança, foi identificada também como

uma intervenção fomentadora da capacitação parental para o cuidado, incutindo confiança e sentimentos de utilidade, e estabelecendo proximidade com a criança (Jönsson, Hallström e Lundqvis, 2012[18]; Guillaume *et al* 2013[19]). Em relação à situação particular do recém-nascido prematuro internado numa Unidade de Cuidados Neonatais, a comunicação com o enfermeiro afigura-se como decisiva no estabelecer se sentimentos de vínculo com o bebé, particularmente no que diz respeito à consistência da informação transmitida e à relação criada com o profissional (Guillaume *et al*, 2013, p. 7) [19]. A entrega de uma fotografia do recém-nascido às mães, sempre que estas estejam impedidas de visitarem os seus filhos por motivos de saúde, é também identificada como uma intervenção que se configura útil para que se sintam mais perto do recém-nascido (Guillaume *et al*, 2013)[19].

O **envolvimento** parental nos cuidados contribui para atingir princípios relacionados com a capacitação parental na resolução de problemas. Este envolvimento pressupõe que os pais sejam implicados nas escolhas e decisões, caso contrário poderão perder o seu sentido de dignidade e abalar a confiança no seu papel parental (Jönsson, Hallström e Lundqvis, 2012)[18].

As interações de proximidade com a criança são fomentadoras do estabelecimento de sentimentos de parentalidade. Em relação à particularidade dos recém-nascidos internados nas Unidades de Cuidados Neonatais, o contato pele a pele deve ser estimulado por ser impulsionador de sentimentos de pertença e por incrementar a autonomia parental no cuidado à criança (Guillaume *et al*, 2013)[19]. Deixar junto do bebé um brinquedo ou um pedaço de tecido que lhe transmita o odor parental, é uma intervenção muito concreta que pode ser incentivada pelo enfermeiro, como forma de promover o envolvimento parental, fazendo emergir a noção de parentalidade. Reforçando o papel parental promovem-se sentimentos de utilidade e desenvolve-se a consciência de que os pais são insubstituíveis para o bebé, sendo a sua presença e proximidade benéfica para a criança (Guillaume *at al*, 2013)[19]. Fomentar a participação nos cuidados permite aos pais continuarem a assumir-se como cuidadores, pelo que a presença parental é reconhecida como uma oportunidade de tornar os pais mais capazes de cuidar da criança (Aein, Alhani, Mohammadi, Kazemnejad, 2009)[20].

O estudo de Aein Alhani, Mohammadi, Kazemnejad (2009)[20], revelou que o enfermeiro deve intervir no sentido de negociar com os pais a sua participação e envolvimento nos cuidados à criança, de forma a permitir que estes encontrem um equilíbrio entre a satisfação das suas próprias necessidades e o seu papel de cuidadores. Esta negociação é essencial para o

sucesso das interações durante a hospitalização da criança. As expetativas em relação ao envolvimento parental nos cuidados, devem ser discutidas com os pais, a fim de que estes não se sintam negligenciados nas suas próprias necessidades, o que pode comprometer a sua capacidade de cuidar da criança.

Considera-se também que as **respostas emocionais** dos pais condicionam a sua capacidade de interação com a criança, impedindo-os de se focarem nesta relação. O enfermeiro deve intervir no sentido de estar atento às respostas emocionais dos pais, detetando aqueles que precisam de apoio (Jönsson, Hallström e Lundqvis, 2012[18]; Guillaume *et al*, 2013[19]). Os cuidados devem ser projetados em torno das necessidades das crianças e das suas famílias, porque a natureza da doença crónica exige a capacitação parental para garantir com sucesso os cuidados no domicílio (Aein Alhani, Mohammadi, Kazemnejad, 2009)[20].

A participação parental nos cuidados à criança doente exige uma avaliação prévia desta capacidade para o cuidado e das necessidades parentais, devendo o enfermeiro intervir no sentido de conhecer os pais, os seus desejos e expetativas. Os enfermeiros podem intervir para aliviar a ansiedade dos pais, mantendo-se disponíveis e presentes quando os pais prestam cuidados à criança (Aein, Alhani, Mohammadi, Kazemnejad, 2009)[20].

DISCUSSÃO

As dimensões emergentes nos estudos, relacionadas com a atitude do enfermeiro, transmissão de conhecimento, comunicação com os pais, envolvimento parental nos cuidados e respostas emocionais perante a situação de doença da criança, estão implícitas no Modelo de Anne Casey, ao longo das várias fases que o constituem e que se interligam entre si num processo contínuo e cíclico.

De acordo com (Casey, 1993)[12] citado por Farrel (1994)[21], depreende-se que a participação efetiva dos pais durante o internamento, provém da edificação da relação interpessoal entre estes e o enfermeiro, sendo o estabelecimento com a família de uma relação de confiança, um dos fatores que mais influencia a parceria de cuidados. A importância do estabelecimento de uma relação empática é realçada no estudo de Jönsson, Hallström e Lundqvis (2012)[18], sendo que o estudo de Guillaume *et al* (2013)[19] conclui que uma atitude gentil assume-se como motivadora da proximidade dos pais durante a prestação direta de cuidados de enfermagem.

Ao definir os principais requisitos em cada fase do processo de enfermagem, Casey (1993)[12] reforça a necessidade de incrementar os conhecimentos dos pais e perícia no cuidar,

desenvolvendo competências em consolidar sentimentos de confiança nas suas habilidades. A chave para o estabelecimento de uma relação de parceria consiste em "dar poder" à família, partilhando conhecimentos e informações, sendo imprescindível que os pais compreendam a doença e o que motivou a hospitalização da criança, para que se sintam parte do processo e possam tornar-se sujeitos desta relação de parceria. Os três estudos contemplados neste processo de pesquisa realçam a importância desta dimensão do cuidado, atendendo ao papel de fomentador da capacitação parental, contribuindo para a construção de sentimentos de parentalidade e para a aquisição de autonomia na gestão da doença.

Casey (1993)[12], considera que um dos requisitos para o planeamento dos cuidados de enfermagem, se prende com a compreensão do desejo manifestado pelos pais em relação à permanência junto da criança, envolvimento e nível de participação nos cuidados, que deve ser negociado. O enfermeiro tem o papel de orientar e apoiar a família, de acordo com as suas necessidades específicas, num processo contínuo e flexível. Considera-se que o enfermeiro deve cuidar da criança e da família no sentido de a conhecer, perceber o ambiente familiar e comunitário em que se insere, bem como as expectativas e sentimentos parentais relativos à criança, dificuldades e emoções experimentadas.

CONCLUSÕES

A atuação consciente e fundamentada, assente em evidências científicas, protege verdadeiramente cada criança e promove os seus direitos e liberdade. A Revisão Sistemática da Literatura expõe essas evidências, clarificando as intervenções que o enfermeiro pode implementar no sentido de responder às necessidades parentais na conquista por um papel interventivo e autónomo no cuidado à criança, face ao contexto particular da doença e todas as implicações que esta representa. Conclui-se que estas intervenções podem ser implementadas em distintas esferas do cuidado à criança e à sua família, relacionadas com a atitude do enfermeiro, transmissão de conhecimento, comunicação com os pais, envolvimento parental nos cuidados e respostas emocionais parentais. Emerge a noção de que os pais devem ser alvo de atenção e cuidado, através do respeito pelos seus desejos, expetativas, modo de estar e de ser. Desta forma o enfermeiro pode construir uma relação empática e construtiva, no compromisso de proteger e fomentar o seu papel de cuidador.

O conhecimento adquirido impulsionou uma adequada compreensão da temática em estudo, respondendo à pergunta PI(C)O que esteve na base deste processo de edificação do

saber. Assim, propõe-se que na sua prática diária, o enfermeiro fomente o envolvimento parental nos cuidados, preservando o papel parental e permitindo que os pais se continuem a assumir como principais cuidadores. Sugere-se também que, no planeamento dos cuidados à criança, o enfermeiro contemple as questões emocionais e afetivas experimentadas pelos pais que lidam com a criança doente. Neste planeamento devem considerar-se os desejos e expetativas parentais relacionadas com a sua participação nos cuidados. Desta forma, o enfermeiro pode intervir para atenuar sentimentos de ansiedade e reforçar o papel parental, contribuindo para que os pais se sintam mais disponíveis para o cuidado parental à criança doente.

Apela-se a que o enfermeiro se consciencialize do seu papel de modelo enquanto cuidador, e que permita aos pais a aquisição de conhecimentos através da observação da sua prestação de cuidados. Esta intervenção pode revelar-se facilitadora do processo de aquisição de conhecimento. Propõe-se ainda que na comunicação com os pais o enfermeiro atenda à importância da utilização de uma linguagem acessível, que facilite a apreensão da informação e contribua para o estabelecimento de uma relação de confiança.

As intervenções descritas visam assegurar a proteção da criança e a criação de um ambiente que respeita a sua individualidade, fomentando comportamentos parentais responsáveis que procuram responder às diferentes necessidades da criança. Depreende-se porém, que seria útil a realização de estudos experimentais no âmbito desta temática, podendo clarificar as repercussões provenientes da implementação de intervenções de enfermagem assentes na parentalidade positiva, ao nível da capacitação parental dos pais no cuidado à criança doente.

BIBLIOGRAFIA

[1.] ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Regulamento das competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem*. Lisboa.

[2.] BOWLBY, John (1984). *Apego e Perda*. São Paulo: Martins Fontes.

[3.] CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA (1989). Acedido em 15 de Março de 2014 em unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

[4.] LOPES, Maria Saudade, CATARINO, Helena e DIXE, Maria (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura**.** *Ver Enf Ref*,* 3ª Série, nº 1, p. 109-118.

[5.] LEBOVICI, Serge (2004). *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

[6.] CONSELHO DA EUROPA (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach.* Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.

[7.] FIELDEN, Jann e GALLAGHER, Lou (2008). Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, vol. 45, nº 3, p. 406-417.

[8.] RUSSEL, Allan (1997). Individual and Family Factors Contributing to Mothers' and Fathers' Positive Parenting. *Int J Behav Dev,* vol. 21, nº1, p. 111-132.

[9.] JORGE, Ana (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

[10.] MALTBY, Hendrika, KRISTJANSON, Linda e COLEMAN, Mardhie (2003). The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *Int J Nurs Pract*, vol.9, nº 6, p. 368-373.

[11.] REIS, Gina (2007). *Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança* Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7262>.

[12.] CASEY, Anne (1993). Development and use of the partnership modelo off nursing care. *Advances in Child Health Nursing.* p. 183-193.

[13.] MANO, Maria João (2002). Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência,* Nº8; Maio, Coimbra.

[14.] BENZIES, Karen (2008). Strengthning New Father´s Skils in Interaction with their 5-Months –old infants: Who benefits from a brief intervention? *Public Health Nurs,* vol. 25, nº 5, p. 431-439.

[15.] MELNYK, Bernardette e FINEOUT-OVERHOLT, Ellen (2011). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

[16.] GUYATT, Gordon, RENNIE, Drummond (2002). *User´s guides to the medical literature: A manual for evidence-based practice.* Chicago: American Medical Association.

[17.] HARRIS, Russel, HELFAND, Mark e WOOLF, Steven (2001). Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med*; vol. 20, nº 3, p. 21-35.

[18.] JÖNSSON, Lisbeth, HALLSTRÖM, Inger e LUNDQVIST, Anita (2012). "The Logic of Care" – Parents' perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes. *BMC Pediatr.*, vol. 12, nº 165, p. 1-11.

[19.] GUILLAUME, Sonia, MICHELIN, Natacha, AMRANI, Elodie, BENIER, Brigitte, DURRMEYER, Xavier, LESCURE, Sandra, BONY, Charlotte, DANAN, Claude, BAUD, Olivier, JARREAU, Pierre-Henri, ZANA-TAÏEB, Elodie e CAEYMAEX, Laurence (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatr.,* vol. 13, nº 18, p. 1-9.

[20.] AEIN, Fereshteh, ALHANI, Fatemeh, MOHAMMADI, Eesa e KAZEMNEJAD, Anoshirvan (2009), Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran. *Nurs Health Sci,* vol.11, nº 3, p. 221–227.

[21.] FARREL, Michael (1994). Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. *Nursing,* Março.

PROMOÇÃO DE SAÚDE COM ADOLESCENTES: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Elsa Bispo[1]; Mafalda Girão[1]; Rita Hipólito[1] & José Amendoeira[2]

[1]Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Santarém. Mestrandas do 4º Mestrado em Enfermagem da ESSS
[2]Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Santarém. Investigador da UIIPS. Coordenador da UMIS; Investigador do CIIS/UCP

RESUMO

A promoção de saúde em adolescentes é uma temática complexa que justifica um aprofundamento na investigação, de modo a pesquisar evidência científica de suporte, ao desenvolvimento de um programa de intervenção de enfermagem que permita ganhos em saúde. A adolescência é uma fase que deve ser compreendida na interação Enfermeiro – Pessoa como uma etapa de crescimento e desenvolvimento do indivíduo. No processo de cuidar deve estar inerente a procura por uma autonomia crescente.

Neste sentido, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, utilizando o método PI[C]OD, tendo como questão: **Quais os Programas de Intervenção no âmbito da promoção da saúde relativamente a hábitos alimentares em jovens?**

Foi selecionado um estudo a partir da pesquisa em bases de dados eletrónicas da plataforma (EBSCO), no dia 26 de julho de 2013.

Após análise do estudo, conclui-se que o desenvolvimento de programas de intervenção adequados ao nível da promoção de saúde, são importantes para a capacitação dos adolescentes, por se encontrarem numa fase de transição desenvolvimental, o que os torna vulneráveis.

Palavras-chave: Enfermagem; Comunicação; Nutrição do adolescente; Promoção da saúde; Programas de intervenção

ABSTRACT

Health promotion in teenagers is a complex theme which justifies deepening the investigation, in order to research supportive scientific evidence, and developing a nursing intervention program to allow health improvements. Adolescence is a stage that should be understood in the interaction nurse-person like a step on the individual growth and development. In the process of caring there should be implied the search for an increasing autonomy.

In order to achieve this, there was a systematic literature review, using the method PI[C]OD, with the following question: Which are the Intervention Programs in promoting health concerning young people's eating habits?

A study was selected out of a search in an electronic database from the platform (EBSCO), 26th July 2013.

After analyzing the study, one concludes that the development of intervention programs in promoting health is important for qualification of teenagers because they are in a stage of development transition which makes them vulnerable.

Keywords: Nursing; Communication; Adolescent Nutrition; Health Promotion; Intervention Programs

INTRODUÇÃO

Este artigo emerge a partir de um trabalho desenvolvido durante a frequência do curso de mestrado em enfermagem, de um processo auto formativo, de pesquisa sistemática e reflexão, numa perspetiva de enfermagem avançada.

No atual contexto de saúde, torna-se necessário a implementação de projetos orientados para a capacitação dos indivíduos e adoção de estilos de vida saudáveis.

Tendo como temática a interação enfermeiro-pessoa no processo de cuidar, na promoção de saúde a adolescentes, importa clarificar algumas considerações que têm sido tecidas ao longo dos anos sobre este processo.

Para que possa existir um processo de cuidados é necessário que as atividades de enfermagem desenvolvidas por enfermeiros sejam tidas em conta, tendo por base as interações entre estes e os clientes (indivíduos, família, ou comunidade) no sentido da identificação das necessidades a fim de planear e desencadear ações (AMENDOEIRA, 2000).

De acordo com MELEIS (1991), o enfermeiro interage com o ser humano, parte integrante do seu contexto sociocultural que se encontra numa transição ou que a antecipa. As interações enfermeiro cliente são organizadas em função de um objetivo e o enfermeiro usa alguma ação para melhorar, facilitar ou promover a saúde.

Nos últimos anos tem-se assistido a grandes transformações ao nível da enfermagem sendo esta, hoje, considerada uma profissão com um vasto conjunto de saberes, possibilitando aos enfermeiros capacidades e competências técnicas e científicas para responder às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade (COLLIÈRE, 1989).

A primeira escola de pensamento em enfermagem foi a das necessidades, desenvolvida por teóricas como Fay Abedellah, Virgínia Henderson e Dorothea Orem, centravam-se na funcionalidade do corpo, o cliente era visto com *deficit*, no âmbito da hierarquia de necessidades, pensamento muito influenciado por Abraham Maslow. Os modelos baseados nas necessidades que compartimentam as pessoas em vez de as considerar na globalidade e num contexto determinado devem ser ultrapassados. As necessidades são dependentes do contexto e as de uma pessoa são diferentes das de outra e espera-se da enfermagem, que distinga as necessidades de cada cliente, relevantes no seu contexto espacial e temporal, segundo HOLMES E WARELOW (1997) e MELEIS (2007), citados por BASTO (2009).

Atualmente, e para a mesma autora, embora seja importante continuar a conhecer, compreender e reconhecer a influência do modelo profissional na orientação para os cuidados, a disciplina de Enfermagem passou a preocupar-se com a teorização da prática dos cuidados e com a elaboração de teorias de médio alcance que evidenciem os efeitos das intervenções de enfermagem. As “teorias de enfermagem” passaram a ser consideradas modelos orientadores da prática e da investigação, orientação para a prática, modelos para a prática profissional ou simplesmente conceções de cuidados de enfermagem.

Para AMENDOEIRA (2004), a generalidade dos autores considera que o paradigma da integração influenciou a orientação da enfermagem por volta dos anos 50 nos Estados Unidos da América e em Portugal por volta dos anos 60 com especial enfase na década de 70. O Paradigma da Transformação caracteriza-se pela unicidade humana, passando a reconhecer à pessoa o direito a participar ativamente no seu projeto de saúde. O enfermeiro e a pessoa passam a ser parceiros nos cuidados (KEROUAC, 1994).

A Teoria das Transições de Enfermagem propõe ajuda às pessoas na gestão das transições de vida, é uma função chave do enfermeiro. A transição requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento, para alterar um comportamento, podendo então alterar a definição do

seu eu no contexto social, numa mudança no *status* de saúde ou no desenvolvimento dos relacionamentos, expectativas ou habilidades. O enfermeiro interage com o ser humano, o qual faz parte de um contexto sociocultural. A interação enfermeiro/pessoa organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde. As intervenções de enfermagem podem ser entendidas como uma ação continuada ao longo do processo de transição e precedida pela sua compreensão. Estas devem proporcionar conhecimento e *empowerment,* àqueles que o vivem promovendo respostas saudáveis às transições. Durante os processos de transição, as pessoas tendem a ficar mais suscetíveis aos riscos e esse facto pode afetar a sua saúde e bem-estar razão pela qual são considerados uma área importante para a enfermagem. Quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências (MELEIS, 1997; MELEIS, SAWYER, IM, MESSIAS & SCHUMACHER, 2000).

De acordo com MELEIS E SCHUMACHER (2000), o conceito de transição e de vulnerabilidade estão fortemente interligados, definindo as autoras, transição como a passagem entre uma fase, associado a algum grau de auto redefinição e vulnerabilidade como a pré-disposição que surge em contexto de vivência diária na vida da pessoa e que se demonstra através da compreensão das suas experiências e das respostas dadas durante a transição.

A adolescência é uma idade chave de aprendizagem, uma vez que é nesta fase da vida em que se consolidam valores relacionados com a saúde, e em que se promovem decisões acerca de comportamentos que têm consequências importantes para a saúde futura. É considerada uma fase de transição entre a infância e a vida adulta. Trata-se de uma transição de desenvolvimento, que ocorre entre os 10 e os 19 anos, de acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). Esta transição envolve mudanças, quer a nível do crescimento e do desenvolvimento, acompanhadas de momentos de crise, vulnerabilidade e experimentação. O ser humano com necessidades específicas, está em constante interação com o meio envolvente mas, devido à vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio. Durante os períodos de transição as pessoas podem passar por episódios de vulnerabilidade, de acordo com ROCHA (1995) e MELEIS (1997, 2005, 2007).

Os profissionais de enfermagem não lidam com as transições dos indivíduos, famílias ou comunidade, isoladas do meio ambiente em que se encontram inseridos. Os pressupostos

básicos que devem acompanhar as estratégias de cuidados realizados pelos enfermeiros a um cliente em transição, inserem-se na compreensão desta a partir da perspetiva de que a experiencia e identificação das necessidades para o cuidado dessa abordagem. Os fatores que medeiam os processos de transição devem ser considerados, onde estão incluídas as ações de promoção da saúde (MELEIS, 2007). Esta teoria facilita os profissionais de enfermagem na identificação de estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas ao individuo e transição.

De modo a capacitar os adolescentes para controlarem a sua saúde e assim atingirem um completo bem-estar físico, psíquico e social, o indivíduo deve estar apto a identificar e realizar as suas pretensões, a satisfazer as suas necessidades, a modificar-se ou adaptar-se ao meio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986), é importante que os profissionais de saúde e a comunidade privilegiem uma atuação direcionada para a promoção da saúde.

Dos modelos e teorias de enfermagem que possam ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, o Modelo de Promoção da Saúde de PENDER (2011), adquire relevância. Este modelo, formulado pela primeira vez em 1982 e depois revisto em 1996 e 2011, é um modelo explicativo do comportamento de saúde que enfatiza o papel das expectativas na formação do comportamento (PENDER, 1987, 2000; PENDER, MURDAUGH & PARSONS, 2011).

O Modelo de Promoção de Saúde (PENDER) é um modelo de enfermagem que poderá ser utilizado para implementar e reavaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiência individuais; os sentimentos sobre o que se quer alcançar e o comportamento de Promoção de Saúde desejável. Surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção de saúde (VICTOR, LOPES E XIMENES, 2005).

PENDER (1987) estabeleceu a diferença entre o comportamento de proteção de saúde e o de promoção da saúde. Embora sendo complementares, este último é um conceito mais vasto que abrange tanto indivíduos como grupos. O comportamento de proteção de saúde é aquele que diminui a probabilidade de se ficar doente, ao passo que o da promoção da saúde refere-se aos comportamentos que aumentam o bem-estar tanto do individuo bem como do grupo. A promoção da saúde é motivada pelo desejo de aumentar o bem-estar e o potencial de saúde das pessoas (PENDER, MURDAUGH & PARSONS, 2011).

A comunicação constitui-se num instrumento básico para o cuidado, sendo uma ferramenta primordial para formação de vínculo e satisfação das necessidades do utente. O processo de cuidar de um individuo é complexo e para a comunicação com este é preciso considerar valores e crenças, estabelecendo um relacionamento empático. Quanto mais o enfermeiro se aplica no processo de comunicação, mais viabiliza e potencializa uma relação interpessoal que denota um cuidado personalizado para demonstrar o comprometimento com o individuo e assim facilitar no seu processo de transição.

Os componentes da comunicação implicam uma série de aspetos complexos, podendo levar ao fracasso ou ao sucesso na relação entre enfermeiro e cliente. Comunicar é transformar os elementos brutos que nos afetam, em informações significativas, reduzindo o grau de incerteza e de ansiedade que o desconhecido provoca no ser humano, de acordo com FACHADA (2005).

A efetividade da Promoção da Saúde consiste em produzir o efeito desejado, isto é, obter uma determinada mudança na proporção de indivíduos expostos a determinados fatores de risco ou gerar ganhos em saúde (FERREIRA, 2010). Ainda segundo a mesma autora mas citando TONES (1994), refere que o *empowerment*, é central na filosofia e prática da promoção da saúde para assim desenvolver ou reforçar as competências individuais. Segundo RAPPAPORT, citado por KENDALL (1998), o *empowerment* pode ser definido como um conjunto de mecanismos através dos quais as pessoas, as organizações e as comunidades adquirem domínio sobre as suas vidas. Este visa contribuir para o fortalecimento dos sujeitos envolvidos, permitindo-lhes visualizar e enfrentar os determinantes do processo saúde-doença sob uma nova visão do mundo. Profissionais de saúde e comunidade são parceiros no mesmo processo pelo qual se estimula o fortalecimento de cada pessoa, individualmente e em grupos organizados.

No sentido de sistematizar o estado da arte sobre a Promoção de Saúde em Adolescentes, e tendo como princípios metodológicos os inerentes a uma Revisão Sistemática de Literatura, após reflexão da nossa prática e partindo da concetualização, emergiu a questão em formato PI[C]O " **Quais os Programas de Intervenção no âmbito da promoção da saúde relativamente a hábitos alimentares em jovens?"**

Para a realização da revisão sistemática de literatura, definiram-se palavras-chave (Quadro 1). Estas foram validadas na MeSH Browser como descritores, à exceção de Intervention Programs. Embora não sendo descritor produz resultados face ao objeto em estudo, pelo que se manteve.

Quadro 1: Descrição das palavras-chave e hierarquia dos descritores

		Palavras-chave	Descritores
População	Jovens Estudantes	Enfermagem Comunicação Hábitos alimentares em adolescentes Promoção da saúde Programas de Intervenção	1 - Nurs* 2 - Communication 3 - Adolescent Nutricional 4 - Health Promotion 5 - Intervention Programs
Intervenção	Intervenções Autónomas		
Outcomes	Empowerment		
Desenho	Qualitativo/Quantitativo		

Foram definidos critérios para inclusão e exclusão de estudos na revisão sistemática de literatura (Quadro 2).

Quadro 2: Definição dos critérios de inclusão e exclusão

	Critérios de Inclusão e Exclusão
P – Participantes	Jovens estudantes com idade compreendida entre os 13 e os 18 anos, excluindo os portadores de doença mental e que frequentam agrupamento escolar X
I – Intervenções	Promoção de saúde no âmbito da atividade física e hábitos alimentares
D – Desenho de Estudo	A evidência científica pode ter sido obtida através de abordagens qualitativas ou quantitativas

Após a definição da pergunta PI[C]O pretendeu-se que a Revisão Sistemática da Literatura desse respostas à questão, baseadas em evidência científica.

Usando as palavras-chave pela ordem referida, foi efetuada uma pesquisa na plataforma EBSCO, no dia 26 de julho de 2013, pelas 18 horas, nas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Database of Systematic Reviews; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina with Full Text.

Como limitadores na pesquisa foram tidos em conta: booleano and ou or, Full Text em PDF e friso cronológico 10 anos (Janeiro de 2003 a Julho de 2013).

Os limitadores especiais utilizados por base de dados estão descritos no quadro seguinte.

Quadro 3 – Limitadores da pesquisa por bases de dados

	LIMITADORES
CINAHL Plus with Full Text	Resumo disponível; humano; qualquer autor é enfermeiro(a), faixa etária adolescente: dos 13 aos 18 anos e texto completo em PDF.
MEDLINE with Full Text	Resumo disponível; humano; adolescente: dos 13 aos 18 anos.
Cochrane Database of Systematic Reviews	Ano de publicação 2003 a 2013;
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo em PDF
MedicLatina with Full Text	Texto completo em PDF

O processo de pesquisa deu-se através da combinação das palavras-chave em conjunto de duas, de três, de quatro e por último a conjugação das cinco palavras.

O recurso ao booleano ***and*** a partir da palavra-chave Adolescent Nutricional produziu zero resultados nas conjugações seguintes e com recurso ao booleano **or**, obteve-se um elevado número de resultados (5601 artigos). Considerando que o grupo etário dos adolescentes se constitui como um limitador da pesquisa e na plataforma MeSH Browers o termo Adolescent Nutricional decorre do termo MeSH: Nutrition, optámos por este último.

RESULTADOS

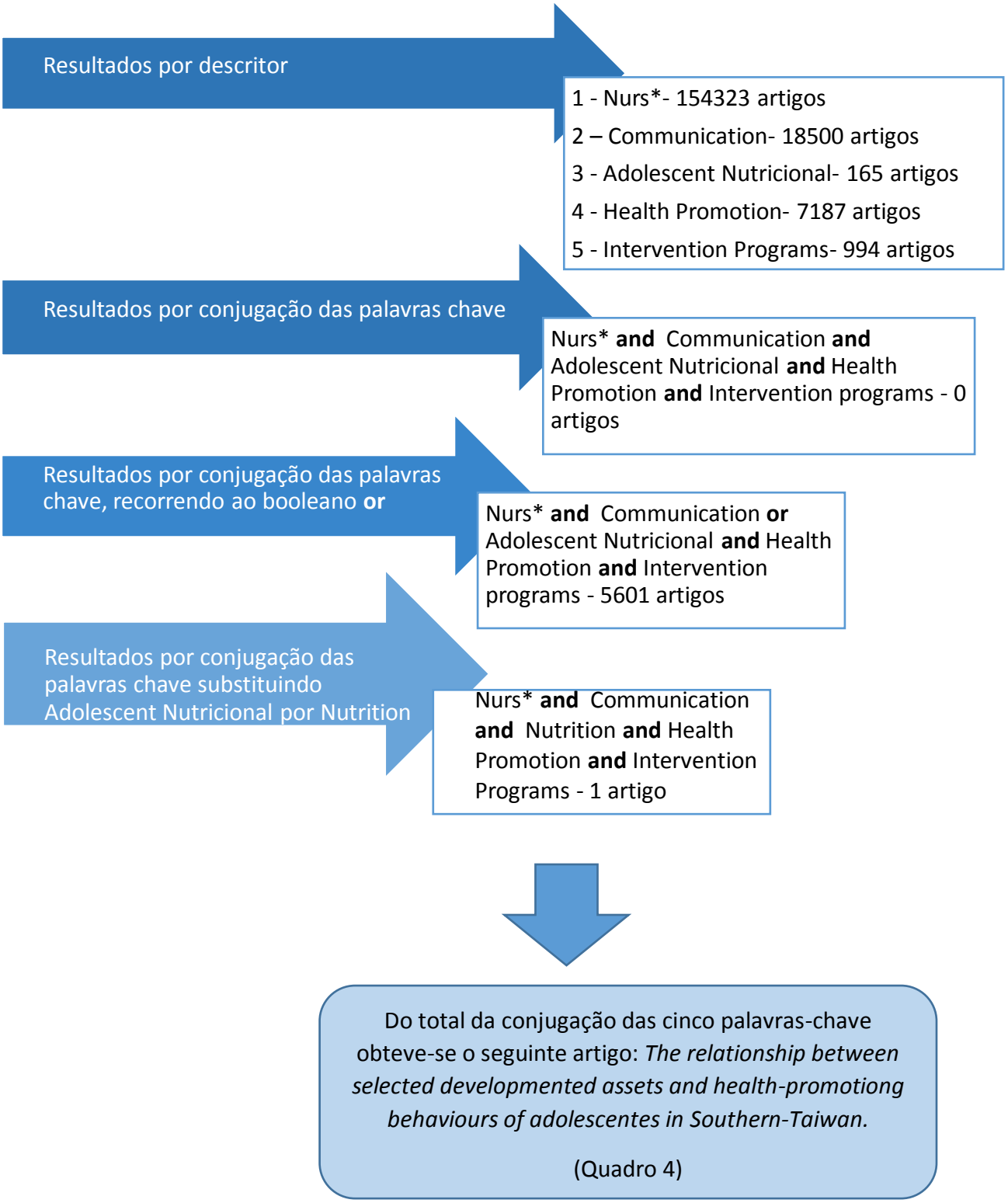


Figura 1: Processo de pesquisa em bases de dados

Quadro 4: Ficha de caraterização do artigo selecionado

Autores/Ano/Titulo	Ruey-Hsia Wang, Shu-Wen Chen, Shan-Mei Tang, Shu-Li Lee and Shu-Yuan Jian/2010/The relationship between selected developmental assets and health-promoting behaviours of adolescents in Southern Taiwan
Objetivos	Examinar a relação entre ativos de desenvolvimento selecionados e comportamentos promotores de saúde de adolescentes. Ativos de desenvolvimento podem ser considerados como ativos potenciais para a saúde dos adolescentes. Compreender a relação entre os ativos de desenvolvimento e comportamentos de promoção da saúde entre adolescentes poderá fornecer aos enfermeiros uma nova abordagem para elaborar programas de intervenção para comportamentos de promoção da saúde em adolescentes
Tipo	Estudo transversal, onde foram utilizados questionários anónimos
Nível de evidência	Estudo único descritivo Nível de Evidência 3
Participantes	453 Adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos, que frequentam cinco escolas secundárias juniores na cidade de Kaohsiung, Taiwan, selecionadas por amostragem conveniente. Foram escolhidos aleatoriamente 2 turmas em série do 3ºciclo
Resultados	Os adolescentes de Taiwan envolvem-se menos em família, comunicação e na comunidade. Estão envolvidos em grande competição académica para a sua entrada na faculdade, o que os pode condicionar; ter menos exercício e atividades que afetam o seu bem-estar futuro. Para competir academicamente, não é incomum para os adolescentes voltarem da escola às oito ou nove da noite e, em seguida, ter que fazer trabalhos de casa, até dormir. Devido a esta única política educacional de Taiwan, não é surpreendente, que os adolescentes tenham pouco tempo para comunicar com os seus pais e participar de atividades comunitárias. Neste estudo, a autoestima está positivamente correlacionada com comportamentos promotores de saúde e que será mais importante do que outros ativos de desenvolvimento, devendo ser enfatizada nas intervenções de saúde para adolescentes. As aspirações futuras também se encontram positivamente correlacionadas com comportamentos promotores de saúde. No entanto, o coeficiente padronizado de aspirações para o futuro foi menor do que outros ativos de desenvolvimento a nível individual (autoestima e escolhas responsáveis). Adolescentes com melhor autoestima, aspirações futuras, escolhas responsáveis, comunicação na família, modelos de pares e envolvimento da comunidade tiveram melhores comportamentos de valorização da vida, responsabilidade social, gestão do stress, nutrição e exercício físico. Também os adolescentes que tiveram escolhas mais responsáveis tiveram melhores comportamentos de gestão de stress. Fortalecer ativos de desenvolvimento pode, potencialmente, melhorar os comportamentos de promoção da saúde de adolescentes. Os enfermeiros podem colaborar ativamente em programas, com a família e a comunidade, proporcionando comportamentos promotores de saúde dos adolescentes.
Limitações do estudo	Apenas os ativos de desenvolvimento selecionados foram examinados. Devida à seleção não aleatória dos sujeitos a generalização dos resultados é limitada. Os dados foram escolhidos pelo método transversal e como tal permite determinar a relação causal entre ativos de desenvolvimento e comportamentos promotores de saúde.

Na apreciação do estudo em análise poderemos concluir que sustenta teórica e empiricamente a questão de investigação que motivou esta revisão. Os autores reconhecem e demonstram a importância e o valor dos programas de Intervenção no âmbito da

Promoção da Saúde relativamente aos adolescentes. São correlacionadas algumas variáveis com o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde nos adolescentes, nomeadamente: autoestima, aspirações futuras, escolhas responsáveis, comunicação na família, modelos de pares e envolvimento da comunidade.

Compreender a relação entre ganhos de desenvolvimento e de Promoção da Saúde, nos comportamentos dos adolescentes poderá ajudar os enfermeiros a desenvolver uma nova abordagem na conceção de programas de intervenção. Também para os autores, a promoção da saúde enfatiza que as pessoas fazem as suas próprias escolhas para uma vida saudável. Os adolescentes que fazem escolhas mais responsáveis podem ser mais conscientes das suas necessidades de saúde e implementar de forma mais ativa comportamentos promotores de saúde. Educar os adolescentes para assumir a responsabilidade para a sua vida e tomar decisões responsáveis pela sua saúde é importante. Neste artigo é referida a importância dos programas de intervenção adequados, para uma eficaz promoção de saúde, citando o modelo de Pender, na medida em que: permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiência individuais; os sentimentos sobre o que se quer alcançar e o comportamento de Promoção de Saúde desejável, além de apresentarem alguns exemplos de como mobilizar para o *empowerment.*

Os modelos baseados no *empowerment* definem as práticas de promoção da saúde como um processo interativo que visa, essencialmente, o desenvolvimento de intervenções concertadas tendo em vista o bem-estar das populações, a preservação do meio ambiente e a reorientação dos serviços de saúde, com o objetivo de promoverem o *empowerment* individual e comunitário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; TONES, 1999, 2000). Procura, deste modo, que as pessoas se munam de competências e conhecimentos necessários a uma intervenção efetiva na sua vida (NAVARRO, 2000). Esta ideia é partilhada pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE que refere como principal objetivo para o desenvolvimento, o enriquecimento das gerações mais novas com conhecimentos e recursos que lhes permitam entender as suas necessidades humanas básicas e crescer com todo o seu potencial.

Segundo PANG (1991), o *empowerment* pode ser usado nas crianças e adolescentes de forma a estimular as suas mentes, criatividade, capacidades e entusiasmo para participarem nas suas comunidades.

No estudo em discussão, os autores referem a importância de educar os adolescentes para assumir a responsabilidade para a sua vida e tomar decisões responsáveis pela sua saúde. Também consideramos que dá suporte ao conceito da Organização Mundial de Saúde de que a adolescência é uma idade chave de aprendizagem, uma vez que é nesta fase da vida em que se consolidam valores relacionados com a saúde, e em que se promovem decisões acerca de comportamentos que têm consequências importantes para a saúde futura.

São também referidos, no estudo alguns fatores, considerados de risco, como por exemplo, falta de tempo para comunicar, praticar exercício físico, entre outros; que resultam do ambiente em que estão inseridos.

Como refere MELEIS (2007), os profissionais de enfermagem não lidam com as transições dos indivíduos, famílias ou comunidade, isoladas do meio ambiente em que se encontram inseridos. Os pressupostos básicos que devem acompanhar as estratégias de cuidados realizados pelos enfermeiros a um cliente em transição, inserem-se na compreensão desta, a partir da perspetiva de que a experiencia e identificação das necessidades para o cuidado dessa abordagem.

Para que tal seja possível, é essencial criar uma consciência crítica nos profissionais de enfermagem, de modo a que estes sejam efetivos veículos de mudança, no sentido de produzirem reais melhorias na saúde e bem-estar da comunidade.

A procura da clarificação do conhecimento em enfermagem é provavelmente uma das preocupações mais presente em todos os enfermeiros, independentemente da área de intervenção em que atuam (AMENDOEIRA, 2000).

A revisão sistemática da literatura é uma atividade fundamental para a prática baseada em evidência; permitiu-nos desenvolver competências e motivação para as potencialidades que esta estratégia de trabalho apresenta. Boas revisões sistemáticas são recursos importantes perante o crescimento acelerado da informação científica. Esses estudos ajudam a sintetizar a evidência disponível na literatura.

De referir que na nossa pesquisa, não foi identificada nenhuma publicação nacional sobre esta temática. Consideramos de crucial importância o desenvolvimento de estudos a nível nacional, abordando o tema para verificar a sua integração na nossa cultura e sociedade. De modo a capacitar os adolescentes para controlarem a sua saúde, é importante que os profissionais de saúde e a comunidade privilegiem uma atuação direcionada para a promoção da saúde.

BIBLIOGRAFIA

AMENDOEIRA, J. (2000). Cuidado de Enfermagem. Intenção ou Ação. O que Pensam os Estudantes. *Revista Nursing,* 8-14.

AMENDOEIRA, J. (2004). *Entre Preparar Enfermeiros e educar em Enfermagem- Uma Transição inacabada (1950-2003) Um contributo sócio – histórico.* Tese de Doutoramento na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal. Acedido a 10 de Julho de 2013 em http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/92.

BASTO, M. L. (2009). Necessidade e necessidades: Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*. N.º 1 (13).

COLLIÈRE, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

FACHADA, M.O. (2005). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.

FERREIRA, S. (2010) RSL - *A adaptação do Cuidador Informal como foco de prática de enfermagem*. Acedido em 12 de agosto de 2013 em http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf.

KENDALL, S. (1998). *Health and empowerment*. London: Arnold Publishers.

KEROUAC, S. (1994). La pensée Infirmiere. Laval: Maloine.

MELEIS, A. (1997) *Theoretical Nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott.

MELEIS, A. (2000). *Experience Transitions: An Emerging Middle-Range Theory.* Vol 23, pp. 12-28 New York: Springer Publishing.

MELEIS, A.I., SAWYER, L., IM, E., MESSIAS, D. & SCHUMACHER, K. (2000) *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advance in Nursing Science*. Vol. 23, nº 1, p. 12-28.

MELEIS, A. & SCHUMACHER, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging* (4ª edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

MELEIS, A. (2005) - *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3º ed. London: Lippincott.

MELEIS, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4th Ed., Philadelphia: Lippincott.

NAVARRO, M. F. (2000). *Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas*. 2ª ed., pp. 13-28. Braga: Universidade do Minho.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*; *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). Adolescent Friendly Health Services. An impact model to evaluate their effectiveness and cost. Reino Unido. Acedido a 22 Julho 2013 em http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/elwxby2675hwyyn7whpsj3om4n52wecgvunokzrqf5fn446dktcuo7fi3qufhfuelwm2zhjlcm3rkf/AFHSImpactModelfinalversion.pdf.

PANG, V. O. (1991).*Teaching children about social issues: Kidpower*. (pp.179–197). Albany: State University of New York.

PENDER, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Pratice* (3ª ed.). New Jersey: Prentice Hall.

PENDER, N. J. (2000). *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Prentice Hall.

PENDER, N., MURDAUGH, C., & PARSONS, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Pratice* (6th ed.). New Jersey: Pearson Education.

ROCHA, A. (1995). *Necessidades de saúde dos adolescentes na escola.* Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Portugal.

TONES, K. (1999). *Health promotion, health education and the public health* (3rd revised edition). In R. Detels et al., *Oxford textbook of public health: the methods of public health* (pp. 1-67), Oxford: Oxford University Press.

TONES, K. (2000). *Health Promotion and the Role of Nurses in Promoting the Public Health.* Comunicação apresentada no Seminário "A educação e promoção da saúde – uma abordagem de capacitação nos contextos hospitalar e comunitário" na Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto.

VICTOR, J; LOPES, M. E XIMENES, L. (2005). *Análise do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender*. Acta Paul. Enferm. 18 (3) 235-240. Acedida em 29 de Junho de 2013 em http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *Health Promotion Glossary.* Geneva: World Health Organization.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E *EMPOWERMENT* NO CUIDAR DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Marisa Serra[1], Isabel Branco[2], Maria do Carmo[3] & José Amendoeira[4]

[1] Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Santarém. Mestranda do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem
[2] Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Santarém. Mestranda do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
[3] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém
[4] Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Santarém. Investigador da UIIPS. Coordenador da UMIS; Investigador do CIIS/UCP

RESUMO

Cuidar é inerente à enfermagem, estrutura-se de forma autónoma numa relação cujo centro é a pessoa. A promoção da saúde permite o desenvolvimento das capacidades individuais, através do *empowerment*, levando assim a escolhas sobre saúde e bem-estar pelo próprio cidadão.

Desenvolver competências para a revisão sistemática da literatura pelo método PI[C)OD possibilita compreender a forma como os enfermeiros desenvolvem a promoção da saúde para o *empowerment* das crianças e cuidadores.

Foi incluído um artigo a partir da pesquisa na base de dados eletrónica EBSCO, procurando responder à questão: **- "A promoção da saúde favorece o empowerment da criança do pré-escolar?"**

A evidência mostra que os enfermeiros reconhecem no *empowerment* uma ferramenta na sua prática, mas referem existir barreiras ao seu desenvolvimento de natureza organizacional e ao não reconhecimento, pelo cliente, do enfermeiro de saúde pública. A promoção da saúde das crianças/ pais é desenvolvida através da advocacia e capacitação pela experiência em usar o *empowerment.* Enfatiza-se mais investigação para monitorizar os *outcomes* pelo *empowerment* na construção do projeto de saúde da criança/ pais.

Palavras-Chave: Enfermagem; Promoção da saúde, *Empowerment,* Criança do pré-escolar

ABSTRACT

Caring is inherent to nursing and is structured autonomously in a relationship whose the center is the person. Health promotion allows an development of individual skills, through the empowerment, leading to choices about health and well-being by the citizen himself.

Developing skills for the systematic literature review by the PI [C) OD method enabling to understand how nurses develop health promotion for the empowerment of children and caregivers.

An article from the research in EBSCO electronic database was included in order to answer the question: **- "Health promotion encourages the empowerment of children from preschool?"**

The evidence shows that nurses know the empowerment tool in their practice, but related the existence of barriers of their development of organizational nature and the non-recognition, by the client, of the public health nurse. The health promotion of the children/ parents is developed through advocacy and capacity building of experience in the use of the empowerment. It's emphasized more research to monitor outcomes for the empowerment in construction of health project child/ parents.

Keywords: *Nurse; Health promotion; Empowerment; Child preschool*

INTRODUÇÃO

A teorização da prática e comparação da prática baseada na evidência com outras formas de prática de enfermagem constitui-se como uma forma capaz de potenciar a qualidade dos cuidados. A enfermagem baseada em evidências é definida pelo uso consciencioso, explícito e criterioso de informações derivadas de teorias, pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a pessoas ou grupos, levando em consideração as necessidades individuais e preferências.[(1)] Esta revisão sistemática parte de duas narrativas de ação de enfermeiras de cuidados de saúde primários e diferenciados no âmbito dos Cursos de Mestrado em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem e Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém. Destas emergiram quatro conceitos: enfermagem, promoção da saúde, *empowerment* e criança na idade pré escolar. Pela revisão sistemática da literatura (RSL) e pergunta PI[C]OD, identifica-se e analisa-se os resultados desta pesquisa. Da RSL resultam conhecimentos que podem ser aplicados na prática, através de um conjunto de estudos publicados com superior qualidade metodológica, contribuindo assim para investigações futuras.[(2)]

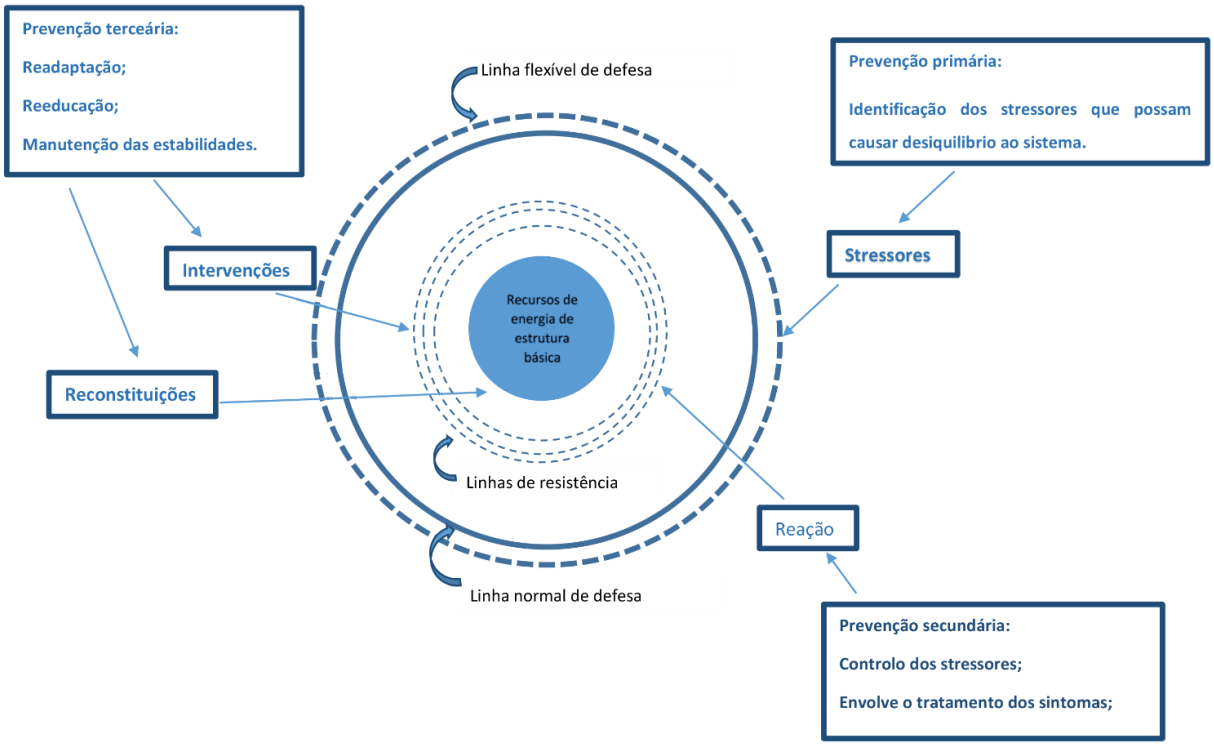
Os cuidados de enfermagem são alcançados pelo **processo de enfermagem,** sendo este defendido por diversos como um método sistemático e organizado de tomada de decisões sobre os cuidados planeando e executando assim cuidados de enfermagem individualizados e estruturados de forma autónoma tendo como centro a pessoa. [3] Consideram também que o método para além de sistematizado é também científico constituindo a expressão do pensamento da enfermagem. [4]

Segundo Amendoeira (2006) citado por Silva (2008) [5] a enfermagem enquanto disciplina possui uma perspetiva única, uma forma distinta de olhar os fenómenos e a definição dos limites e a natureza da sua investigação, condições decisivas para a sua existência.

Abordando a Promoção da Saúde na enfermagem, existe um modelo de promoção da saúde criado por Nola Pender no qual os seus pressupostos assentam na mudança de comportamento, por isso e defendendo que a promoção da saúde não é apenas mudança de comportamento [6], optámos pela teoria sistémica que dá suporte ao Modelo dos Sistemas de Betty Neuman por se focar na resposta do cliente ao ambiente para a manutenção do seu bem-estar. Este modelo perspetiva a pessoa em todo o seu ciclo de vida por uma abordagem sistémica, ela é o núcleo central do sistema e o ambiente, como interno e externo. Pela interação constante com o ambiente e pela procura da estabilidade do sistema, existe uma dinâmica troca de energia. [7]

Figura n.º1: Esquema resumido do Modelo dos sistemas de Betty Neuman

http://prezi.com/ijzrxgpmibhq/modelo-dos-sistemas-de-betty-neuman/



Segundo Neuman (2002) citada no *web site Current Nursing* (2012), [7] a pessoa/criança é parte integrante de um sistema aberto, constrói perspetivas diferentes e únicas que determinam à partida a adoção de comportamentos adequados para encontrar o equilíbrio. Os conceitos do metaparadigma de enfermagem à luz deste modelo perspetivam-se da seguinte forma: **pessoa** é um sistema total único e holístico e multidimensional, com recursos energéticos que atuam como um processo constante de *inputs* e *outputs*, que reagem ao **ambiente:** é um conjunto de forças que num determinado tempo pode causar *stress* no sistema da pessoa causando um positivo ou negativo *outcome*, a **saúde:** é equiparada a bem-estar, uma condição quando a pessoa enquanto sistema está em harmonia; **enfermagem:** são ações nas quais se assiste a pessoa/família/grupo e comunidade para manter o máximo de bem-estar possível.[7] É uma profissão única que está ciente de todas as variáveis que influenciam a pessoa, atua nos três níveis de intervenção, na primária: antes de existirem *stressores* para a pessoa, atua na promoção da saúde e bem-estar; na intervenção secundária quando já existem *stressores* que já causaram algum tipo de desequilíbrio à pessoa enquanto sistema e na intervenção terciária ajuda a pessoa a controlar e a recuperar de *stressores*.

Para compreender melhor a etapa de vida correspondente à infância a Convenção sobre os

Direitos da Criança, retificada por Portugal em 1990, define **Criança** como todo o ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo. [8] Existem vários autores que diferenciam as diferentes etapas de ser criança conforme o desenvolvimento físico, cognitivo e motor.

Segundo Santana (2007) [9] existem dois períodos de estudos da criança: o pré-sociológico e o sociológico. No primeiro, situam-se as teorias do desenvolvimento, psicanálise e filosofia do senso comum na qual a criança está excluída do seu contexto histórico e cultural. Neste período insere Rousseau, John Locke, Freud e Piaget, apesar de este autor ter em conta que a criança é construtora do seu crescimento e um ser inteligente. Urie Broffenbrenner, com o seu modelo de desenvolvimento humano e Vigotsky já enfatiza a perspetiva da vida social e cultural da criança não são incluídos no período pré-sociológico. Prout chama a atenção para perspetivar a interdisciplinaridade do crescimento da criança. A sua cognição não pode ser separada das suas práticas quotidianas (social e cultural). [10,11,12] A criança apesar de ainda não ser independente, à medida que cresce e se desenvolve vai aumentando o seu nível de autonomia quer junto da sua família, quer no contexto escolar. A família estruturada é a base da sociedade, idealmente é o local onde a criança é cuidada, cresce e se desenvolve, os seus membros têm papéis adaptados à sua estrutura e às forças ambientais internas e externas. Todos assumem funções de cuidadores que permitem manter a integridade e responder às necessidades dos seus membros e às expetativas da sociedade. [13] Por definição, cuidadores informais são familiares ou conviventes significativos que prestam cuidados a outrem de forma regular e não remunerada. [14] No contexto escolar, insere-se a **educação pré-escolar** que é a primeira etapa da educação básica num processo de educação ao longo da vida, sendo complementar à ação educativa da família. Destina-se a crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e a idade de ingresso no ensino básico (5/6 anos). [15]

As Escolas Promotoras de Saúde pretendem demonstrar no ambiente escolar, o impacto da promoção da saúde através da educação para a saúde e do envolvimento da comunidade educativa. Portugal participa nas redes internacionais promotoras de políticas de saúde, através de duas redes: a rede portuguesa de cidades saudáveis desde 2001, onde é dado destaque às políticas promotoras da participação e *empowerment* de crianças e idosos, promoção de estilos de vida saudáveis (como a alimentação e atividade física) e as suas implicações para a saúde pública. [16]

Existem várias recomendações destinadas a melhorar a saúde das populações, que ficaram conhecidas através da Carta de Otawa [17] na qual defende a promoção da saúde através de três atitudes: mediar, advogar e capacitar. A partir daqui passa-se a lidar com um novo conceito, enquadrado num paradigma salutogénico, no qual **Promoção da Saúde**, define-se como o processo que visa criar condições para que as pessoas, individual ou coletivamente, possam agir sobre os fatores determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social. [16, 17]

A promoção da saúde reveste-se de uma combinação de estratégias como; ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais, trabalhando com a ideia de responsabilidade tanto pelos problemas quanto pelas soluções propostas. [18] Uma condição primordial, para agir de modo informado e consciente sobre os fatores determinantes da saúde, e proporcionar mais saúde e bem-estar, é através do *empowerment* dos indivíduos e comunidades e promoção da literacia em saúde, que em enfermagem enquadra-se na atuação das pessoas em todo o seu ciclo de vida, segundo o paradigma da **transformação,** por perspetivar a pessoa como um ser total e único. [19]

O 1º Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde [20] define, segundo a OMS, sete princípios para a promoção da saúde, que o enfermeiro deve sustentar a sua atuação: 1-conceção holística; 2-intersetorialidade; 3-*empowerment*; 4- participação social; 5-equidade; 6-ação multi-estratégica e 7-sustentabilidade.

O conceito de ***empowerment*** não é recente, foi evoluindo conforme as transformações sócio-culturais de diferentes sociedades. Nos anos 90 é envolvido no direito da cidadania e na saúde para a educação do indivíduo.[21] Destaca-se o *empowerment* intra e interpessoal por ser muito útil na capacitação da saúde junto da família e comunidade escolar.

O *empowerment* tem múltiplos sentidos na promoção da saúde, Carvalho [21] salienta que existe cada vez mais evidência da importância do *empowerment* comunitário (intersectorial) e individual (ao nível de habilidades pessoais) através de uma abordagem *bottom-up*, isto é, a comunidade é vista como capaz de melhorar a sua saúde, pela coesão social, redes de apoio e por sua vez o indivíduo (pela auto-estima e auto-eficácia) consegue agir no seu projeto individual de saúde. Ao invés da abordagem *top-down*, na perspetiva institucional, no qual o *empowerment* é visto como um instrumento ligado à prevenção das doenças e mudanças de comportamento. Nos cuidados de enfermagem, *empowerment* define-se como

um processo social, complexo e dinâmico no sentido de agir, criar e facilitar[6] a criança e seus cuidadores, grupos e comunidade, podendo por isso, utilizar-se quer o *empowerment* individual, quer o comunitário. Através deste processo surge o desenvolvimento de consciência de mudança pela mobilização das pessoas (criança/família) no seu próprio projeto de saúde. O enfermeiro é um profissional de saúde capaz pelo conhecimento de perito de dar poder para a pessoa, num poder partilhado. [6]

METODOLOGIA

Na formulação da questão de investigação, utilizou-se o método designado de PI(C)OD: Participantes, Intervenção, Comparação que pode ou não existir, Resultados (*Outcomes)* e Desenho do estudo. Após reflexão da nossa prática e da clarificação de conceitos, emergiu a pergunta: **A Promoção da Saúde (I) favorece o Empowerment (O) das crianças em idade pré-escolar (P)?**

Partindo da conceptualização teórica, as palavras-chave que emergiram da pergunta PI[C]OD foram: Enfermagem, Promoção da Saúde, *Empowerment*, Criança em idade pré-escolar, sendo validadas segundo os descritores em URL:http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html a 10 julho de 2014 de forma a verificar a fiabilidade científica (quadro nº1).Para realização da RSL definiram-se as palavras – chave, com base na conceptualização teórica. Todas são descritores Mesh Browser, exceto a palavra *Empowerment* (*qualifier*), no entanto foi tida em conta e desenvolvida na conceptualização devido à sua relevância no que respeita ao tema em foco.

Quadro nº 1: Descrição das palavras-chave e hierarquia dos descritores

		Palavras-Chave	**Descritores**
População	Criança idade pré-escolar/ Cuidadores informais	Enfermagem Criança idade pré-escolar Promoção da saúde Empowerment	1 –Nurs* 2 –Health promotion 3– Empowerment (Qualifier) 4 – Child preschool
Intervenção	Promoção da saúde		
Comparação	----------		
Outcomes	Empowerment		
Desenho	Qualitativo/Quantitativo		

A pesquisa foi efetuada com recurso à plataforma EBSCOhost a 19 de Julho às 17 horas. A opção pela utilização de um friso cronológico de cinco anos, de maio de 2009 a Junho de

2014, teve por base a procura de artigos com evidência científica recentes que dessem resposta à questão formulada anteriormente. Foram ainda definidos limitadores específicos, de acordo com as várias bases de dados, e critérios de inclusão e exclusão, como se pode verificar no seguinte quadro:

Quadro nº 2: Bases de dados, limitadores e critérios do protocolo de pesquisa

Bases de dados	Limitadores	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
CINAHL Plus with Full Text	Resumo disponível; humano; prática baseada na evidência; primeiro autor ser enfermeiro(a); criança pré-escolar: dos 2 aos 5 anos; texto completo em PDF e publicação: Maio de 2009 a Junho de 2014	- Criança em idade pré-escolar; - Programas de intervenção nas crianças em idade pré-escolar; - Programas de iniciativa de enfermeiros no pré-escolar; - Primeiro autor ser enfermeiro; - Método qualitativo e/ou quantitativo; - Artigos em inglês, francês, espanhol e português.	- Artigos em idiomas que não os definidos nos critérios de inclusão; - Autores que não enfermeiros
MEDLINE with Full Text	Resumo disponível; humano; criança pré-escolar: dos 2 aos 5 anos.		
Cochrane Database of Systematic Reviews	Ano de publicação 2009 a 2014; texto completo.		
Nursing & Allied Health Collection	Texto completo em PDF e publicação: Maio de 2009 a Junho de 2014.		
MedicLatina withFullText	Texto completo em PDF; publicação: Maio de 2009 a Junho de 2014		

Na conjugação das palavras-chave foi utilizado o boleano ***and***.

Iniciámos por pesquisar cada palavra- chave individualmente, prosseguindo para o cruzamento com cada uma das outras, e assim sucessivamente. No cruzamento das palavras-chave – *nurs*, health promotion, empowerment, child preschool* emergiram três artigos; dos quais dois foram excluídos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Assim foi selecionado um artigo para análise, ao qual se efetuou uma leitura aprofundada cuja síntese se apresenta no quadro n.º 3.

Quadro nº 3: Ficha de caraterização do artigo selecionado

Autores/Ano/Titulo	**Autores**:Teresa Cawley e Patrícia Mannix MacNamara; **Ano**: 2011; **Título**: *Public Health Nurse Perceptions of Empowerment and advocacy in Child Health Surveillance in West Ireland*
Tipo de estudo	Estudo quase-experimental. Combina o tipo qualitativo e quantitativo.
Nível de Evidência	V Galvão [22]
Participantes	Estudo em duas fases: Fase 1: amostra de nove enfermeiros de saúde pública, por convite feito aos enfermeiros nas unidades; Fase 2: questionários a 107 mães, que foram atendidas no programa de saúde infantil, apenas 43 terminaram o programa por completo.
Resultados	Os resultados analisados levam a três categorias centrais: 1 – Compreensão e experiência de *empowerment* pelos enfermeiros de saúde pública; 2 - Papel de advocacia nos enfermeiros de saúde pública; 3 - As experiências do cliente enquanto pessoa capacitada pelo *empowerment.* Os enfermeiros de saúde pública estão preocupados com a capacidade de *empowerment* na sua prática clínica. Referindo como obstáculos a carga de trabalho, restrições no local de trabalho, barreira da gestão/hierarquia, falta de investimento governamental nos serviços de saúde, e ao não reconhecimento pelo cliente do papel fundamental do enfermeiro de saúde pública na promoção da saúde. Os profissionais precisam de ter consciência da sua autonomia no *empowerment* dos clientes; e que para advogar em nome do cliente são precisos recursos; devem ter oportunidade de refletir criticamente sobre as implicações da sua prática atual; fazer um levantamento da autoeficácia e apostar na formação contínua e nos recursos necessários; sendo que a experiência profissional também contribui para o *empowerment;* As autoras defendem que os clientes são capacitados e são utilizados vários tipos de *empowerment*, no entanto demonstram preocupação com o tipo de poder que os pais adquirem. Por sua vez, os pais valorizam as intervenções das enfermeiras de saúde pública junto das crianças, e sentem-se valorizados por elas.
Limitações do estudo	As autoras consideram que não devem generalizar os resultados devido ao número de pessoas questionadas ser reduzido; Existe escassa investigação no impacto do *empowerment* no cliente e sobre a capacidade de capacitar e advogar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No artigo em análise, é defendida a importância da participação quer da criança, quer dos seus cuidadores no seu projeto de saúde através de um processo contínuo, o que corresponde à natureza do cuidado de enfermagem, cujo centro é a pessoa.

Educar as crianças em idade pré-escolar para assumir a responsabilidade para a sua vida e tomar decisões responsáveis pela sua saúde é crucial. No entanto, no artigo, foca-se a importância de uma relação terapêutica como um processo continuado de manutenção da saúde como um estado de bem-estar, o que vai de encontro à perspetiva de Neuman, na medida em que cada cliente é um sistema aberto, total e multidimensional em interação com o ambiente que o rodeia, no qual a saúde de cada um é um estado de bem-estar, e a intervenção de enfermagem como profissão única, visa a interação cliente/ambiente

adotando estratégias que se focam na redução dos possíveis stressores e simultaneamente fortalecem as linhas de defesa do cliente/família/grupo/comunidade.

Os modelos baseados no *empowerment* definem as práticas de promoção da saúde como um processo interativo que visa, essencialmente, o desenvolvimento de intervenções concertadas tendo em vista o bem-estar das populações, a preservação do meio ambiente e a reorientação dos serviços de saúde, com o objetivo de promoverem o "empowerment" individual e comunitário. [23] No artigo, é salientado que as enfermeiras reconhecem que para promoverem o *empowerment* comunitário têm que primeiro promover o auto – *empowerment* pois só assim se vêm munidas de ferramentas para capacitar os seus clientes, neste caso as crianças e seus cuidadores e advogar para maximizar as potencialidades da saúde de ambos, reconhecendo que só será possível se houver reorientação dos serviços de saúde e políticas públicas saudáveis. Esta ideia é partilhada pela OMS que refere como principal objetivo para o desenvolvimento, o enriquecimento das gerações mais novas com conhecimentos e recursos que lhes permitam entender as suas necessidades humanas básicas e crescer com todo o seu potencial. (Carta de *Otawa*) [17]

No entanto, são também reconhecidas as dificuldades sentidas pelos enfermeiros que prejudicam o *empowerment* tais como: a carga de trabalho, restrições no local de trabalho, barreira da gestão/hierarquia, falta de vontade em advogar em nome da prestação de serviços, falta de investimento governamental nos serviços de saúde; falta de advocacia administrativa, e que os gestores deveriam refletir criticamente sobre o tipo de hierarquia usada para criar mudança organizacional para melhorias tanto a nível profissional como do cliente.

Cuidadores e prestadores, neste caso, os enfermeiros, são atores fulcrais para a potenciação e manutenção da saúde e enquanto bem-estar. [24] É imperativo a disposição para um melhor serviço e profissionalismo justo e equitativo apoiado pela investigação e boas práticas. Para que tal seja possível, é essencial criar uma consciência crítica nos profissionais de enfermagem, de modo a que estes sejam efetivos veículos de mudança, no sentido de produzirem reais melhorias na saúde e bem-estar da comunidade.

CONCLUSÕES

Enfermagem através da promoção da saúde e *empowerment* é o caminho; o primeiro corresponde a uma profissão com um método científico que permite cuidar da pessoa em qualquer etapa da sua vida e sua família/cuidador e comunidade, o segundo é uma

ferramenta que ainda não é uma prática corrente em enfermagem tem muito para se aprender a usar e a monitorizar. O artigo permite-nos concluir que existe muito a investigar na utilização e resultados de *empowerment* quer individual, quer comunitário.

Corroboramos com a UNESCO [25] quando afirma que a primeira infância é crucial, pelo que apostar na promoção da saúde nesta etapa de vida é contribuir para o bem-estar presente e futuro da criança e da própria sociedade. Somos levadas a pensar que como mestrandas temos o dever de contribuir futuramente para essa investigação. De certa forma, já estamos a fazer esse caminho aquisição de competências na utilização da RSL e compreensão da mesma enquanto método de compara a prática com a evidência. Neste contexto perspetiva-se que a criança/família em interação com o ambiente possam melhorar o seu nível de bem-estar, implicando um compromisso e responsabilização, para todos os sistemas em interação, a perceção dos benefícios para o sistema.

Os resultados que emergiram da pesquisa respondem à questão PI[C]OD, contribuindo para perspetivarmos as ações de enfermagem e a forma como a organização de trabalho influência os *outcomes.* O estudo analisado aponta para a importância na promoção da saúde pelo *empowerment* e da interação com as crianças e pais.

Esta revisão sistemática reforça que os enfermeiros desempenham assim um papel muito importante quer no advogar, quer no capacitar. A profissão deve ter um novo olhar sobre os cuidados considerando o cidadão como um participante ativo nos mesmos, exigindo que os enfermeiros reflitam, investiguem e contribuam para e com as suas experiências da praxis.

BIBLIOGRAFIA

[1] Galvão, C.M; Sawada,N.O.; Aparecida,L. (2002) A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua aplicação na enfermagem perioperatória *Revista Latino-Americana em Enfermagem.*48 (4):151-2.

[2] Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Silabo. ISBN 978-972-618-557-4.

[3] Amendoeira, J. (2000). Cuidados de enfermagem. Intenção ou ação. O que pensam os estudantes. *Nursing.* (8-14) 203-204

[4] Ribeiro, J. M. S. (2009). *Autonomia profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Portugal. Acedido em maio 182014 em http://repositorio-

aberto.up.pt/bitstream/10216/20083/2/AUTONOMIA%20PRIFISSIONAL%20DOS%ENFERMEIROS%20%JORGE%RIBEIRO.pdf

(5) Silva, M. J. R. (2008) *O Ser Humano e a Adesão ao Regime Terapêutico – Um olhar Sistémico sobre o fenómeno.* Tese de Mestrado. Em Ciências de Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa: Lisboa. Portugal. Acedido em julho 2, 2014 em http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/124/1/Tese_Mario_Silva.pdf consultado a 2-7-2014.

(6) Figueiredo, M. C. S. (2012) *Empowerment* e enfermagem: Que repercussões? Acedido em Maio 18,2014 em http://www.esenf.pt/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id

(7) Current Nursing Open access nursing research and review articles (2012).Betty Neuman's System Model. *Current Nursing Open access nursing research and review articles Web site.* Acedido em julho 7,2014 em http://currentnursing.com/nursing_theory/Neuman.html .

(8) UNICEF (2004) A Convenção sobre os Direitos da Criança. Acedido em maio 18,2014 https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

(9) Santana, J.P. (2007). *Cotidiano, Expressões Culturais e Trajetórias de Vida: Uma Investigação participativa com crianças em situação de Rua*. Tese de Doutoramento em estudos da Criança: Universidade do Minho. Minho. Portugal. Acedido em maio 20,2014 em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8162/1/Tese%20Vers%C3%A3o%20Final.pdf

(10) Vasconcellos, M. (2011). As fases do desenvolvimento da criança. Dos 0 aos 6 anos. Revisão da literatura. Acedido em maio 18, 2014 em http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/fases-desenvolvimento-crianca/fases-desenvolvimento-crianca.pdf**.**

(11) RABELLO, E.T. & PASSOS, J. S.(2008) *Vygotsky* e o desenvolvimento humano. Acedido em maio 17,2014 em http://www.josesilveira.com/artigos/vygotsky.pdf

(12) Queiroz, L. (2010) A criança: fatores que influenciam seu desenvolvimento motor. *Efdeportes. Com*. (143). Acedido em maio 18/2014 em http://www.efdeportes.com/efd143/a-crianca-seu-desenvolvimento-motor

(13) Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência.

(14) Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M.; Fernandes*, O.* (2011). *Empowerment*: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. (267). Acedido em abril, 4, 2014 em

http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de cuidados#.U3PUTIFdV0I

(15) MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO DE PORTUGAL (2000) *O Sistema Educativo Nacional de Portugal. Web site*. Acedido em maio 15, 2014, em http://www.oei.es/quipu/portugal/preescolar.pdf

(16) DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE (2012) Plano Nacional de SAÚDE 2012-2016. Acedido em maio 15,2014 em http://pns.dgs.Pt/siles/2012/02/Obter__Ganhos_em_Saúde22.pdf

(17) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1986). *Carta de Otawa para a promoção da saúde*. (Direção Geral de Saúde, trad.) Versão Portuguesa "Uma Conferência Internacional para a promoção de saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Otawa, Canadá.

(18) Graça, L. C.C. (2010) *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a Maternidade e do Aleitamento Materno: um estudo quase-experimental.* Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa com colaboração da Escola Superior de Saúde de Lisboa.

(19) Silva, D. (2002) - Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. Millenium – Revista do ISPV. (26). Acedido em Maio 17,2014 em http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_24.htm

(20) Correia, Artur (2011) Promoção da Saúde: Nova Visão e operacionalização do Conceito. Acedido em Maio 16, 2014, em http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos/doc_download/217-promocao-de-saude-nova-visao-e-operacionalizacao-do-conceito.

(21) Carvalho, S. R. (2004) Os *múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Brasil. 20(4): 1088-1095, jul-ago. Acedido em Maio 16, 2014 em http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf

(22) Galvão, C.M. (2006) *Níveis de evidência*. Acta Paul Enfermagem. 19 (2) V.

(23) Tones, K. (2000). *Health Promotion and the Role of Nurses in Promoting the Public Health.* Comunicação apresentada no Seminário "A educação e promoção da saúde – uma abordagem de capacitação nos contextos hospitalar e comunitário" na ESECP

(24) Faria, A.M.B. (2011) *Crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: um olhar sobre o cuidador primário*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo FFCLRP - Departamento de Psicologia e Educação. Acedido em 10 Junho 2014, em http://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/16_01_2012__15_25_49__61.pdf

[25] UNESCO (2007) Relatório *Conciso. Bases sólidas. Educação e cuidados na primeira infância* Acedido em 20 Julho 2014 em http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147785por.pdf

CUIDAR DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS CULTURALMENTE DIVERSAS

Mafalda Vala[1], Paulo Neto[1], Luís Silvério[1], Alcinda Reis[2] & José Amendoeira[3]

[1]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém
[2]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS
[3]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS/ Investigador no CIIS/UCP

RESUMO

Os contextos de cuidados de Enfermagem em Pediatria caraterizam-se por frequentemente serem desenvolvidos com crianças hospitalizadas culturalmente diversas e em parceria com as suas famílias, em diferentes fases de transição.

O principal objetivo do artigo foi caracterizar a evidência científica obtida sobre a integração dos familiares no processo de cuidados culturalmente congruente a crianças hospitalizadas, culturalmente diversas.

Foi utilizada a Revisão Sistemática de Literatura como metodologia para uma primeira compreensão deste fenómeno, tendo sido formulada a seguinte questão em formato PICO: A integração da família no processo de cuidados contribui para os cuidados culturalmente congruentes a crianças hospitalizadas, culturalmente diversas?

Procedeu-se à pesquisa na plataforma EBSCO (CINAHL Plus; Medline; Cochrane Database of systematic reviews; Nursing and Allied Health Collection: Basic & Comprehensive; Medical Latina), prosseguindo o protocolo estabelecido.

As evidências encontradas permitiram confirmar que os enfermeiros devem ter em conta os seus próprios contextos culturais, podendo ser significativamente diferentes dos das pessoas que cuidam. É determinante a integração dos familiares no processo de cuidados promovendo assim ações e decisões feitas à medida, adequadas aos valores, às crenças e aos modos de vida da criança e da família.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Família; Diversidade cultural.

ABSTRACT

The Pediatric Nursing health care is frequently developed with diverse cultural context hospitalized children and in a partnership involvement with their families, in different transition fases.

The main objective of the article was to obtain scientific evidence on the integration of the family in a culturally congruent process of care.

The Systematic Review of scientific Literature was used as methodology to a first approach to understand this phenomenon, as we formulated the following question according to the PI[C]OD format: The integration of the family in the process of care contributes to a culturally congruent care of cultural diverse hospitalized children?

We have proceeded to a research at the EBSCO platform (CINAHL Plus; Medline; Cochrane Database of systematic reviews; Nursing and Allied Health Collection: Basic & Comprehensive; Medical Latina), according to the established protocol.

The selected literature allowed to confirm that nurses should consider their own cultural values and beliefs, that can be significantly different than the ones that they take care of. It is paramount the integration of the families in the process of care promoting actions and decisions according and to serve their values, beliefs and children and family ways of life.

Keywords: Pediatric Nursing; Family; Cultural Diversity.

INTRODUÇÃO

Verifica-se um crescente número de crianças e famílias provenientes de diferentes países, culturalmente diversas, com necessidade de atendimento nos serviços de saúde. A sua cultura influencia a sua maneira de viver a saúde e a doença, assim como as crenças relativas aos cuidados e à hospitalização das crianças.

Na prestação de cuidados a famílias e crianças de culturas diferentes, os enfermeiros devem ter em conta que os seus próprios contextos, crenças e saberes, que podem ser significativamente diferentes dos das pessoas a quem prestam cuidados.

No atendimento à criança/família, e em particular em situação de hospitalização, espera-se que os enfermeiros sejam detentores de competências que respondam às necessidades identificadas. No planeamento da prestação de cuidados deverá sempre ter-se em linha de conta a presença e as necessidades da família.

O presente trabalho trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura e tem como principal objetivo caracterizar a evidência científica obtida sobre a integração dos familiares no

processo de cuidados culturalmente congruente, a crianças hospitalizadas, culturalmente diversas.

Concetualmente, procurámos subsídios para o enquadramento desta temática que se traduzissem em contributos para a compreensão dos equilíbrios nas transições de saúde/doença das pessoas culturalmente diversas (Meleis, 1994; Meleis, 2000), mas também no desenvolvimento de competências culturais a partir do estabelecimento da relação terapêutica em parceria com a família (Leininger, 1991; Casey, 1988).

A base fundamental dos cuidados em pediatria assenta no cuidar centrado na família, pois esta assume-se como presença constante na vida da criança e assim sendo, ninguém melhor do que os pais, conhecem as necessidades individuais dos seus filhos (Hockenberry, 2011). Os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, devendo o enfermeiro respeitar e valorizar a sua experiência no cuidado dos filhos e o seu contributo na prestação de cuidados (Casey, 1993).

Segundo Meleis (2005), a família e a criança hospitalizada (clientes dos cuidados) devem ser perspetivados como seres humanos com necessidades específicas, em constante interação com o meio envolvente e que têm a capacidade de se adaptar à mudança mas, devido à doença, experienciam um desequilíbrio.

As intervenções terapêuticas de enfermagem, envolvendo os pais como parceiros no cuidar, devem funcionar como o processo facilitador da transição (saúde-doença) que promove o bem-estar, tanto da família como da criança (Meleis, 1994). Os cuidados de enfermagem culturalmente congruentes devem ser significativos e eficazes para a família e criança de acordo com os seus valores e contexto de saúde-doença (Leininger, 1991).

A concetualização teórica permitiu sustentar e orientar a pesquisa sobre o tema em estudo e conduziu à formulação da questão de investigação, no formato PICO: "A integração da família no processo de cuidados (*Interventions*) contribui para a os cuidados culturalmente congruentes (*Outcomes*) a crianças hospitalizadas, culturalmente diversas? (*Population*)".

Foram definidas as palavras-chave relacionadas com a concetualização elaborada e direcionadas para a questão de investigação: Enfermagem Pediátrica, Família e Diversidade cultural.

De seguida foram validados os descritores *Pediatric Nursing*, *Family* e *Cultural Diversity* na plataforma MeSH-BROWSER com o objetivo de pesquisar artigos com base científica relacionados com a prática de Enfermagem e que dão resposta à questão de investigação.

A pesquisa para esta revisão teve o seu início no mês de maio e continuou nos meses de junho e julho de 2014, à medida que foram aplicadas correções concetuais e metodológicas. Foram incluídos artigos escritos em inglês, português e espanhol.

Iniciámos a pesquisa através da plataforma EBSCO, selecionando as bases de dados: CINAHL, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive e Medical Latina.

Tendo em vista a obtenção de artigos cujo conteúdo fosse ao encontro do estudo, foram definidas como condições de pesquisa nas bases de dados eletrónicas consultadas: "Booleano AND/OR", "Texto completo", "Data de publicação" (entre junho de 2004 e junho de 2014).

A opção pela utilização de um filtro cronológico de dez anos teve o intuito de encontrar artigos que traduzissem evidência científica recente que dessem resposta à questão PI[C]O.

Foram ainda definidos limitadores específicos para cada base de dados, que se encontram descriminados em seguida:

Quadro 1 – Limitadores de pesquisa segundo as bases de dados

BASES DE DADOS	LIMITADORES
CINAHL Plus with full text	Humano Qualquer autor enfermeiro Sexo feminino Gravidez Faixa etária: All child Texto completo em PDF
MEDLINE with full text	Humano Faixa etária: All child
Nursing & Allied Health Collection Basic	Texto completo em PDF
Cochrane Database of systematic reviews	Não foram aplicados
Nursing & Allied Health Collection Comprehensive	Texto completo em PDF
Medical Latina	Texto completo em PDF

No processo de pesquisa de artigos nas bases de dados foram tidos em conta critérios de inclusão e exclusão, com a finalidade de selecionar aqueles que melhor respondessem à

questão PI[C]O:

Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios	Inclusão	Exclusão
Participantes	Crianças de cultura diversa hospitalizadas por doença aguda	Crianças portadoras de doença crónica
Intervenção	Processo de cuidados	
Desenho	- Estudos primários - Revisões sistemáticas de literatura	- Artigos sem carácter científico - Artigos repetidos em mais de uma base de dados

RESULTADOS

No dia 19 de julho de 2014 procedemos à pesquisa dos descritores de forma individual, e posteriormente efetuaram-se as combinações possíveis, tal como se apresenta no quadro 3.

Quadro 3 – Conjugação dos descritores

Bases de dados / **Palavras-chave**		CINAHL Plus with Full Text	MEDLINE with Full Text	Nursing & Allied Health Collection: Basic	Cochrane Database of Systematic Reviews	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedicLatina	**TOTAL**
Pediatric Nursing	A	43	1050	1550	0	3798	13	6411
Family	B	142	19678	11427	399	38507	2616	72621
Cultural Diversity	C	1	248	255	4	996	33	1535
A+B		17	246	521	0	972	3	1742
A+C		0	8	7	0	13	0	20
B+C		0	52	57	0	196	5	310
A+B+C		0	3	0	0	3	0	**6**

Dos seis (6) artigos obtidos pelo cruzamento dos três descritores, foram eliminados três (3) pela leitura do título, por se centrarem na prestação de cuidados na rede de cuidados primários (registo nº 1), numa unidade de apoio domiciliário (Registo nº 3) e no ensino da Enfermagem a estudantes (registo nº 4). De seguida procedemos à leitura dos resumos, tendo eliminado dois (2) por serem artigos reflexivos, sem carácter científico (registos nº 5 e nº 6).

Foi assim selecionado um artigo (registo nº 2) para a análise reflexiva e, para facilitar essa mesma análise, foi elaborada um quadro onde se encontram explicitados os seguintes parâmetros: Estudo (Nome do artigo e do(s) autor(es), e ano), Tipo de estudo, Nível de Evidência (escala de sete níveis), Participantes, Intervenções, Resultados e número de artigo.

Quadro 4 – Grelha de análise de artigo

Título	A Comparative Study of Actions and Beliefs involving Family Caregivers of Hospitalized Children among Nurses in Sweden and Mozambique
Autor	Söderbäck, Maja - Professora Assistente na Escola de Saúde da Universidade de Malardalen, Suécia
Publicação	Journal of Cultural Diversity, Verão de 2013
Tipo de Estudo	Estudo exploratório, etnográfico, comparativo
Participantes	65 enfermeiros (30 suecos e 35 moçambicanos)
Colheita e análise de dados	Análise comparativa dos dados recolhidos em ambientes hospitalares pediátricos na Suécia e em Moçambique, com o objectivo de pesquisar as semelhanças e as diferenças nas crenças e nas ações dos dois grupos de enfermeiros, na prestação de cuidados em parceria com os cuidadores familiares, de acordo com os contextos culturais.
Resultados	Os cuidados de enfermagem são organizados com base nos conhecimentos culturais pessoais. Os enfermeiros desenvolvem ações com base no que lhes é significativo. Nas enfermarias de Pediatria, com as suas caraterísticas particulares, os profissionais (tais como o grupo de enfermeiros) compartilham crenças e ideais comuns que influenciam a forma como prestam cuidados. As características culturais do cuidado são moldadas pela sociedade, pela cultura organizacional do hospital, pela interpretação dos cuidados informais (influenciados pelas tradições familiares), e pela visão profissional dos enfermeiros sobre os cuidados, adquirida durante a formação. O estudo revelou que, os grupos comparados, desenvolvem ações semelhantes no que diz respeito a atividades de orientação e solicitação da participação dos pais e que utilizam estratégias diferentes para promover essa participação, estando relacionadas com as diferenças culturais. As crenças dos enfermeiros condicionam a participação dos cuidadores familiares. Os resultados refletem a diversidade e a universalidade do cuidado cultural.
N.º de Artigo – 2	Nível de evidência – VI[1]

DISCUSSÃO

É consensual que a presença dos familiares e o seu envolvimento na prestação de cuidados são elementos essenciais quando as crianças estão hospitalizadas.

Independentemente da cultura, os enfermeiros consideram a presença dos familiares útil, como forma de prestarem apoio à criança e servirem de intermediários/mediadores facilitando a prestação de cuidados (Söderbäck, 2013).

[1] Guyatt, Rennie (eds) (2002). Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-based clinical practice. Os autores propõem vários níveis de evidência: Nível I: Revisão Sistemática ou Meta-análise de estudos experimentais relevantes ou, guidelines da prática clínica baseada em revisões sistemáticas; Nível II: Estudo experimental; Nível III: Estudo Experimental sem randomização; Nível IV: Estudos Caso-Controlo ou Coorte; Nível V: Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI: Estudo Descritivo e Qualitativo; Nível VII: Opiniões de autoridades e relatórios de comités *experts*.

Segundo Leininger (1991), existe uma diversidade e uma universalidade cultural na prática do cuidar que orientam a conduta dos intervenientes neste processo.

São encontradas semelhanças e diferenças nas crenças e ações desenvolvidas pelos enfermeiros, na prestação de cuidados a crianças hospitalizadas, nomeadamente no que diz respeito à parceria com os familiares, o que reforça esta premissa (Söderbäck, 2013).

Abreu (2011) refere que o comportamento que os indivíduos desenvolvem dentro do grupo é resultado da sua cultura de pertença.

Não será portanto de estranhar que as expetativas de quem cuida e de quem é cuidado, sobre o cuidado familiar, adquiram características diferentes consoante a cultura dos intervenientes. As ações desenvolvidas no sentido de envolver os familiares, consequentemente também são diferentes (Söderbäck, 2013).

Percebe-se então que cuidados prestados por Enfermeiros com a mesma origem cultural das crianças/famílias hospitalizadas aproximam-se mais das suas necessidades uma vez que partilham crenças e valores comuns. Um estudo desenvolvido para o Observatório Europeu para os Cuidados e Politicas de Saúde pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), aponta como elemento facilitador da congruência nos cuidados a prestação de cuidados por um profissional da mesma origem cultural.

Segundo a *WHO* (2010) os cuidados são prestados de forma mais satisfatória para o utente quando prestados por alguém com a mesma origem cultural. Desta forma, a integração dos familiares no processo de cuidados permite que participem nos cuidados à criança e ao servirem de intermediários/mediadores entre a criança e o enfermeiro, os orientem de forma a receberem o tipo de cuidados que desejam ou necessitam.

CONCLUSÕES

O exercício profissional dos enfermeiros permite o contato diário com crianças e famílias a atravessar períodos de instabilidade. A criança/família hospitalizada experienciam processos de transição saúde-doença, processos estes que, pelo seu potencial de instabilidade, reivindicam a intervenção dos enfermeiros (Meleis, 1994).

Ao percecionar a criança/família como alguém que necessita de intervenções de Enfermagem, surge a interrogação acerca do entendimento que os enfermeiros têm acerca da criança e sua família, das suas crenças, valores e costumes e de que forma integram estas diferenças na prestação de cuidados.

Na prestação de cuidados a famílias e crianças de culturas diferentes, os enfermeiros devem ter em conta que os seus próprios contextos, crenças e saberes, podem ser significativamente diferentes dos das pessoas a quem prestam cuidados.

As evidências encontradas demonstram que a integração dos familiares no processo de cuidados promovem ações e decisões de auxílio, apoio, facilitadoras e capacitadoras cognitivamente baseadas feitas à medida para servir os valores, as crenças e os modos de vida da criança e da família.

Gostaríamos, no entanto, de ter encontrado mais estudos que nos ajudassem a dar uma resposta mais alargada à questão colocada uma vez que esta Revisão Sistemática da Literatura apenas integrou um estudo para análise. Acreditamos porém que tal não invalida o reconhecimento da participação dos familiares como facilitadora da prestação de cuidados culturalmente congruentes.

Neste contexto, entendemos como oportuno o desenvolvimento de estudos posteriores que integrem um leque mais vasto de artigos científicos e que sejam desenvolvidos estudos que clarifiquem as intervenções que facilitam ou dificultam o estabelecimento da parceria de cuidados.

BIBLIOGRAFIA

1. MELEIS, A. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. **Nursing Outlook**. 42: 6 (1994) 255-259.

2. MELEIS, A.; SAWYER, L.; IM, E.; MESSIAS, D.; SHUMACHER, K. – Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. 23: 1 (2000) 12-28.

3. LEININGER, M. – **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

4. CASEY, A.; MOBBS, S. – Partnership in Practice. **Nursing Times**. 84: 2 (1988).

5. HOCKENBERRY, M. – **Wong's Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Elsevier Editora, 2011.

6. CASEY, A – Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In E. Glasper, & A. Tucher, **Advances in Child Health Nursing**. London: Scutari. (1993) p.193.

7. MELEIS, A. – **Theoretical nursing: development and progress** (3ª Ed.). Philadelphia: JB Lippincot Company, 2005.

8. SÖDERBÄCK, M. – A comparative study of actions and beliefs involving family caregivers of hospitalized children among nurses in Sweden and Mozambique. **Journal of Cultural Diversity**. 20: 2 (2013).

9. ABREU, W. – **Transições e Contextos Multiculturais**. Coimbra: Formasau, 2011.

10. WHO – **Migration and health in the European Union**. New York: McGraw Hill, 2011.

11. WHO – **How health systems can address health inequalities linked to migration and ethnicity**. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2010.

TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO: DESAFIO DESTE SÉCULO

José Amendoeira[1], Marta Rosa[2] & Ana Paula Bettencourt[2]

[1] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS/ Investigador no CIIS/UCP
[2] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/ Mestrandas do 5º Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Santarém

RESUMO

A problemática do envelhecimento ativo torna-se preponderante, numa sociedade envelhecida, com elevados níveis de dependência e necessidade de cuidados de enfermagem diferenciados. Um desafio para as políticas do país será o desenvolvimento de um equilíbrio entre a promoção da saúde e o sistema de apoio social. Estratégias já foram desenvolvidas, tais como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, porém a sustentabilidade perante o crescente envelhecimento abraços com a escassez de recursos que se lhe associa poderá estar comprometida. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) surgem como alternativa aleada às estratégias já desenvolvidas numa perspetiva sustentada onde envelhecimento ativo surge como processo desenvolvido ao longo do ciclo vital. A promoção da convivência intergeracional é catalisadora do desenvolvimento destas competências nas pessoas idosas perspetivando-se melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Inventariamos o estado da arte relativamente à importância das TIC nos cuidados à pessoa em processo de envelhecimento ativo na perspetiva de solidariedade entre gerações, com recurso à revisão sistemática de literatura. Os artigos encontrados apontam-nos um modelo de intervenção ao longo do ciclo vital, adjuvado pelas TIC, com necessidade de colaboração intergeracional para o seu sucesso.

Palavras-chave: enfermagem; promoção da saúde; envelhecimento ativo; tecnologias de informação e comunicação.

ABSTRACT

The issue of active aging becomes prevalent in an aging society, with high levels of dependency and need for differentiated nursing care. Being able to create a balance between promoting the health and social support system will be a challenge for the country's policies. Strategies are being developed, such as the National Organization of Integrated Care, but the sustainability of the increasing aging and the scarcity of resources together may be compromised. Information Technologies and Communication (ICT) appear as alternative arise with already developed strategies with sustained perspective where the prospect of active aging process emerges as being part from the cycle of life. The promotion of intergenerational cohabitation is catalyzing the development of these skills in elderly people envisaging an improvement of the quality from the care that's provided to them.

We have inventoried state of art on the importance of ICT on the care provided to the person in process of active aging from the perspective of solidarity between generations, using a systematic literature review. The articles found point at an intervention model developed over the cycle of life, adjuvanted by ICT, with the need for intergenerational collaboration to succeed.

Keywords: nursing; health promotion; active aging; ICT.

INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, nos países mais desenvolvidos, emergiu o fenómeno do envelhecimento demográfico, proporcionado pelo aumento significativo do número de pessoas idosas, associando-se ao decréscimo da natalidade e aumento da esperança média de vida. Em Portugal o índice de envelhecimento numa década aumentou 55,4% (1992 – 75,7%; 2012 – 131,1% - INE, 2014[1]).

Associando-se a este fenómeno outros como o aumento da urbanização e emigração dos jovens e adultos proporciona a existência de cada vez mais pessoas idosas a viverem sozinhas e com necessidades de apoio de cuidados profissionais de saúde e da área social, mas também de cuidados informais, que se vão tornando insustentáveis (AAL, 2014[2]).

Este fenómeno de envelhecimento poderá ser encarado como um dos maiores triunfos da humanidade, mas também como um dos nossos maiores desafios pelas demandas sociais e económicas que acarreta para a sociedade mundial, nomeadamente pela perspetiva de como ajudar a que as pessoas se mantenha independentes e ativas à medida que vão envelhecendo, incrementando a promoção da saúde e políticas de prevenção associadas ao

envelhecimento. Nesta perspetiva e aleado a pessoas com níveis de dependência muito elevados, com necessidade de cuidados intensivos e de proximidade emergiram em Portugal novos paradigmas e modelos de cuidados de saúde, nomeadamente a rede nacional de cuidados continuados integrados - o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, (…), centrado na recuperação global (…) que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (DL nº 101 de 2006 de 6 de Junho [3])

Porém o envelhecimento demográfico e o declínio da saúde nos idosos, proporcionarão questões de insustentabilidade para sistemas de saúde e de apoio social, impondo-se assim mudanças e inovação face a este novo desafio na abordagem desta temática (AAL, 2014[2]).

Surge a necessidade de caracterizar o fenómeno do envelhecimento ativo, de repensar o papel da pessoa idosa, os seus direitos e as responsabilidades do Estado e da sociedade para com este grupo específico da população.

"Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da esperança e qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem, num quadro de solidariedade entre gerações" (WHO, 2002[4]). "Ativo" diz respeito à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (Malanowski, Ozcivelek, & Cabrera, 2008 [5]).

Compreende-se aqui a perspetiva de curso de vida para o envelhecimento ativo e não uma perspetiva unicista de envelhecimento apenas na última fase do ciclo de vida. Reconhecesse a importância do ambiente como capacitador para a escolha de opções saudáveis ao longo da vida que influenciarão a atitude e o envolvimento nas fases mais avançadas, sendo a relação entre gerações potenciadora dos mesmos (WHO, 2005[6]). O envelhecimento deve ser entendido como processo natural do desenvolvimento, único para cada pessoa, sendo resultado da interação dos fatores genéticos e ambientais (Silva, 2009[7]).

Encarando o envelhecimento como processo transicional, a enfermagem enquanto disciplina científica que contribui para a promoção de saúde e qualidade de vida das pessoas, assume um papel preponderante. O enfermeiro no exercício das suas funções capacita a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde, numa lógica de parceria, incluindo a pessoa no planeamento, execução e avaliação dos cuidados. A centralidade da pessoa constitui-se assim como foco orientador da sua prática, passando esta a ser o centro de interesse baseado numa relação interpessoal que ocorre entre a pessoa que necessita de

ajuda e a solicita e a pessoa capaz de dar ajuda (Amendoeira, 2006[8]).

Os enfermeiros atuam junto das pessoas que se encontram em processo de transição, antecipação da transição ou que se encontram a completar o processo de transição tendo como função ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida. (Meleis, 2011[9]). A identificação das transições como problema central da Enfermagem e o desenvolvimento de instrumentos de trabalho para as descrever pode providenciar a descoberta dos mecanismos usados por diversas pessoas quando experienciam mudanças nas suas vidas e para o desenvolvimento de conhecimento sobre intervenções que facilitem a experiência da transição e conduzam a um coping saudável (Meleis 2010[10]).

Aleando à perspetiva de evolução demográfica já evidenciada anteriormente existirá uma crescente procura por profissionais qualificados e capacitados para lidar com esta transição e em especial de enfermeiros, sendo necessário a emergência de novas conceções de cuidado, pois a conceção atual que temos de cuidados habituais pode tornar-se insuficiente e insustentável (AAL, 2014 [2]). A adaptação da visão de prestação de cuidados de enfermagem pode ser encarada como uma janela de oportunidade face às necessidades das pessoas, sendo necessário adaptarmo-nos à mudança e repensar a integração de modelos econômicos e socialmente sustentáveis que melhorem a eficiência e qualidade dos resultados dos cuidados de enfermagem (AAL, 2014 [2]).

O potencial oferecido pelas novas tecnologias, sobretudo, pelas TIC é cada vez mais, encarado pelos decisores, como um caminho possível e viável na resolução destes desafios, que merece cada vez mais a nossa atenção (Comissão Europeia, 2010[11]). As TIC são constituídas por meios técnicos para manipular informação e promover a comunicação, incluindo o hardware e o software necessários, e surgem associadas às redes computacionais. Estão também vinculadas com a telecomunicação, como meio de difusão da comunicação e com os elementos que promovem e possibilitam o processamento e a sua transmissão em formatos distintos (Ricoy e Couto, 2012[12]).

O desenvolvimento e utilização deste tipo de tecnologia promoverá que os idosos se mantenham ativos por mais tempo e de forma mais independente, o que melhorará a sua qualidade de vida e participação social, assim como se constitui como oportunidade na melhoria de serviços sociais e de saúde (Lai e On-Kwok, 2008 [13]; Patrício e Osório, 2011[14]).

Nesta conjetura, a promoção da convivência intergeracional, poderá constituir-se como adjuvante na melhoria da qualidade de vida das pessoas, na construção do processo de envelhecimento ativo. Constituem-se assim, a intergeracionalidade e o envelhecimento ativo

temas que se complementam na concretização de um objetivo comum, onde a educação e aprendizagem se tornam relevantes para as pessoas idosas, pois estas não possuem uma literacia e competências digitais que lhes permitam a utilização sistemática das TIC. A valorização da interação social entre jovens e idosos poderá ser decisiva na promoção da comunicação intergeracional e também educação ao longo da vida, numa perspetiva sinérgica de complementaridade de competências destes dois grupos etários (Páscoa e Gil, 2012[15]).

Assim com o desenvolvimento desta revisão sistemática da literatura pretendemos compreender a importância das TIC nos cuidados à pessoa em processo de envelhecimento ativo na perspetiva de solidariedade entre gerações, com o objetivo de: Identificar importância das TIC para o cuidar no processo de envelhecimento ativo

METODOLOGIA

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura, foi formulada **a seguinte questão, segundo o formato** PI[C]OD (Melnyk e Fineout-Overholt, 2011[16]): **"** As TIC como recurso promovem (I) o processo de envelhecimento ativo (O) em pessoas idosas dependentes (P)**?". Definiram-se critérios de inclusão e exclusão (Quadro nº 1), com o objetivo de** identificar a importância das TIC para o cuidar no processo de envelhecimento ativo.

Quadro nº 1– Critérios de inclusão e de exclusão por dimensão da pergunta PI[C]O

<table>
<tr><th colspan="3">FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PI[C]O</th><th>PALAVRAS CHAVE</th></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Critérios de inclusão:</td><td>Critérios de Exclusão:</td><td></td></tr>
<tr><td>P</td><td>Participantes</td><td>(P1) Pessoa idosa com idade igual ou superior a 65 anos
(P2) Enfermeiros</td><td>Criança, jovem, pessoa adulta.</td><td rowspan="5">Nurs*; Health promotion; Information Technology; Aging</td></tr>
<tr><td>I</td><td>Intervenções</td><td>Artigos com cerne na problemática e corelação com o objeto de estudo – TIC como recurso</td><td>Artigos com referência à doença mental, obstetrícia ou ginecologia;</td></tr>
<tr><td>[C]</td><td>Comparações</td><td colspan="2">_____</td></tr>
<tr><td>O</td><td>Outcomes</td><td>Artigos com cerne na problemática do processo de envelhecimento ativo, como resultado</td><td>Artigos que não se enquadrem na problemática do envelhecimento ativo como resultado;</td></tr>
<tr><td>D</td><td>Desenho do estudo</td><td>Estudos de investigação de abordagem quantitativa e qualitativa.; Estudos primários</td><td>Artigos que não apresentem metodologia científica;</td></tr>
<tr><td colspan="4">EXPRESSÃO DE PESQUISA</td></tr>
<tr><td colspan="4">Nurs*and Health promotion and Information Technology and Aging</td></tr>
</table>

Estabelecemos além destes critérios inventariados no quadro nº 1, a exclusão de artigos em línguas que não o português, inglês, francês ou espanhol.

As palavras-chave que selecionamos e hierarquizamos para a pesquisa foram: Nurs*; Health promotion; Information Technology e Aging. Após a sua verificação enquanto descritores no motor de busca MeSH Browser, 2014 (Nursing - H02.478; Health promotion - N02.370), apenas uma das palavras – Information technology, não surge como *descritor* ou *qualifier*, surgindo apenas as palavras Information (L01) e Technology (J01.897) enquanto descritores, porém, por produzir resultados aquando da pesquisa e ser essencial ao objeto em estudo, consideramos pertinente incluí-las.

Efetuamos a pesquisa a 18 de julho de 2014, em Santarém sem aplicação de qualquer limitador geral ou específico por base de dados (pois a introdução de qualquer um deles inviabilizou a pesquisa), recorrendo à plataforma de pesquisa EBSCOhost, em todas as bases de dados disponíveis com acesso a partir do site disponibilizado pela Ordem dos Enfermeiros

(CINAHL with full text; MEDLINE with full text; Database of abstracts of reviews of effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane database of systematic reviews; Cochrane Methodology Register; Library, information science & Technology Abstracts; Nursing &Allied Health Collection: Comprehensive; MedicLatina; Health Technology Assessments; Academic Search Complete; NHS Economic Evaluation database; Regional Business News; ERIC e Business Source Complete).

Foram pesquisadas individualmente cada palavra-chave, conjugando-as duas a duas pela sequência de hierarquização previamente definida, com posterior conjugação entre todas, alcançando-se um total de 2 artigos científicos (quadro nº 2).

Um dos artigos encontrava-se em formato de texto completo, outro apenas tinha o resumo, porém face à importância que atribuímos a este, fizemos a sua pesquisa na plataforma PubMed, acabando por o encontrar em texto completo.

A fase de seleção dos artigos iniciou-se com a leitura dos títulos e dos resumos dos 2 artigos, tendo como mediador a nossa questão de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão previamente delineados, tendo sido considerados como corpus da nossa análise a totalidade dos artigos selecionados.

Quadro nº2 – Cruzamento das palavras-chave e resultados de pesquisa por base de dados

Bases de dados / Palavras chave/ Conjugações	CINAHL Plus with Full Text	MEDLINE with Full Text	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Database of Abstracts of Reviews of Effects	Nursing and Allied Health Collection: Basic	Cochrane Central Register of Controlled Trials	Library, Information Science & Technology Abstracts	**Todas as bases**
Nurs*	664083	623618	177645	-	89358	17552	-	1591006
Health promotion	41540	70583	9071	-	3611	7126	-	133714
Information technology	12594	11551	7155	-	1026	-	25949	58571
Aging	44048	289046	16026	-	5520	6377	-	356498
Nurs* and health promotion	7952	10536	3123		1563	837		24185
Nurs* and information technology	2022	1176	766	-	439	-	139	4579
Nurs* and aging	4687	7018	4017	-	1998	297	-	18091
Health promotion and information technology	107	130	36	-	8	-	27	323
Health promotion aging	102	1641	287	-	133	136	-	3135
Information technology and aging	91	106	39	-	16	-	64	321
Nurs* and Health promotion and information technology and aging	-	1	1	-	-	-	-	2

Apresentamos de seguida sob a forma de quadro a metodologia utilizada na análise dos artigos (Quadro nº 3), as dimensões consideradas mais relevantes, assim como os níveis de evidência segundo Guyatt & Rennie (2002[17]).

Autor(es)/ano/Publicação	[18]Powell, D., Price, A., Burns, F., McConnell, E., Hendrix, C., McWhinney- Dehaney, L., Lombardi, M. (2011). Pillars for the Care of Older Persons in the Caribbea. *Public Health Nursing*. Vol. 29 No. 1, pp. 80–90
Objetivos	Desenvolver modelo de intervenção multissetorial ativado pelas tecnologias de informação e comunicação na área da saúde centrada nas pessoas, em resposta ao envelhecimento da população e sustentabilidade dos serviços existentes.
Metodologia	Qualitativo/ Focus grupo e entrevista
Participantes	Elementos de diferentes instituições: escolas de enfermagem, organizações governamentais, associações profissionais de enfermagem e organizações da área da saúde.
Intervenções	-Entre 2002 e 2009,desenvolvimento de documentos de cariz político, modelos e folhetos, abordando o envelhecimento, doenças crónicas não transmissíveis e cuidados primários de saúde; -Relatórios com ênfase na reestrutura dos sistemas de cuidados de saúde, metas e diretrizes para a melhoria da qualidade de vida dos idosos;
Resultados	Desenvolvimento de um modelo de cuidados de saúde multissetorial, ativado por um sistema de tecnologia de informação e comunicação assente em quatro pilares: Cuidados primários de saúde – gestão de cuidados; Coordenação de serviços integrados; Promoção da saúde e prevenção da doença; Planeamento e avaliação. Este modelo: Favorece um aumento do acesso aos cuidados de saúde e gestão desses cuidados em contexto de equipas multidisciplinares; Melhoria da qualidade de vida dos idosos numa perspetiva de continuidade ao longo do ciclo vital, através da ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença; Reduz os custos dos cuidados de saúde; Modelo de atenção à saúde pública com prestação de cuidados de saúde abrangentes e multissectoriais.
Autor(es)/ano/Publicação	[19]Kutz, D., Shankar, K., Connelly, K. (2014). Making Sense of Technology Mobile e Web-Based Informações Bem-Estar: Estudo intergeracional. J Med Internet Res. May 2014; 15(5): e83
Objetivos	Compreender as diferenças intergeracionais no que se refere à conceção e utilização das tecnologias de saúde e bem-estar numa perspetiva de envelhecimento ativo.
Metodologia	Estudo qualitativo; Questionário/Entrevistas semi-estruturadas/ Observação; Visionamento de pequenos filmes sobre o sistema em estudo e observação de

	protótipos desse sistema em papel.
Participantes	Total- 21 indivíduos, repartidos por 3 grupos distintos: 7 Adultos jovens (com idades entre 18-25 anos); 7 Adultos de meia-idade (com idade entre35-50anos); 7 Idosos (com 65 anos ou mais);
Intervenções	Foram criados dois sistemas hipotéticos de monitorização pessoal de saúde, que permitem investigar as perceções dos indivíduos, compartilhar e transmitir informação relacionada com a saúde (ou seja, dados no contexto de dieta e exercícios que podem ser interpretados, partilhados ou examinados).

Quadro nº 3 – Quadro síntese dos estudos selecionados

Autor(es)/ano/Publicação	[19]Kutz, D., Shankar, K., Connelly, K. (2014). Making Sense of Technology Mobile e Web-Based Informações Bem-Estar: Estudo intergeracional. J Med Internet Res. May 2014; 15(5): e83
Intervenções (Cont.)	-Usaram uma combinação de protótipos de simulação de baixa fidelidade e `sketches` de vídeo para fornecer informações básicas sobre as aplicações sugeridas no sistema. -O estudo centrou-se em vários tipos de tecnologia da informação e comunicação que estão cada vez mais a ser usadas e difundidas em aplicações na saúde. -Tem ênfase na promoção da saúde, tendo em vista o envolvimento ativo das pessoas na gestão da sua saúde, entendendo as TIC como fundamentais para o desenvolvimento de um processo de envelhecimento ativo, sendo para isso essencial atender à intergeracionalidade como fator catalisador da utilização das mesmas, neste processo.
Resultados	- Evidencia que o potencial das TIC com aplicabilidade na saúde direcionadas ao usuário, promovem a sua capacitação pessoal; -Compreensão mais profunda de como as pessoas percebem as TIC, seus interesses e preocupações sobre a partilha de informação relacionadas com a saúde; -Entendimento das diferenças entre as gerações na utilização das TIC: • Os jovens envolvem-se e participam ativamente em processos tecnológicos, partilham os seus dados com a perspetiva de obter uma resposta ativa; • Os adultos de meia-idade integram o potencial do uso destes sistemas de monitorização da saúde e bem-estar e no âmbito das suas relações sociais existentes e de relações mais íntimas, mas também

	com objetivos específicos na saúde; • Os idosos têm uma atitude passiva, onde a partilha de dados não lhes faz sentido, não demonstrando interesse por isso, mas vêm interesse na partilha de dados da sua saúde com a família e amigos íntimos. - As aplicações de tecnologia geram dados sobre os indivíduos que podem influenciar a tomada de decisão relacionadas com a saúde e a adoção de tecnologia.

Quadro nº 3 – Quadro síntese dos estudos selecionados (Cont.)

RESULTADOS/ ANÁLISE CRÍTICA

Da análise dos dois artigos emerge a importância de aprofundarmos a temática em estudo demonstrando esta ser emergente face à sociedade em desenvolvimento.

Desafios emergentes se colocam atualmente à sociedade, nomeadamente o envelhecimento da população, com o número crescente de doenças crónicas não transmissíveis, iniciando-se uma mudança de paradigma de cuidados centrados na doença para um paradigma de prevenção atendendo aos custos/ benefícios dos mesmos (Powell et al 2012[18]). Numa perspetiva multidimensional estes desafios centram-se na insustentabilidade de infraestruturas de apoio social/ saúde suficientes e necessárias para garantir um envelhecimento saudável para idosos, face às crescentes taxas de emigração de familiares próximos, alterações nas estruturas familiares aleadas a rendimentos diminutos. (Chang & Grabel, 2004; Palloni & McEniry, 2007; ONU, 2004, citados por Powell et al, 2012[18]). As conclusões destes estudos enquadram-se claramente na realidade portuguesa, tal como já referimos anteriormente, na medida em que o crescente envelhecimento demográfico com que nos deparamos em Portugal, as baixas taxas de natalidade e a futura insustentabilidade de sistemas de apoio de saúde e de apoio social, permitem-nos refletir acerca da melhor solução face a este novo desafio emergente.

Surge a ênfase na importância do cuidado informal e apoio aos cuidadores, com o desenvolvimento de ações concertadas, reduzindo-se os custos dos cuidados, atrasando ou eliminando a necessidade de cuidados institucionais de longo prazo (ONU, 2004; WHO, 2002 citado por Powell et al, 2012[18]). Assim, com esta nova perspetiva de voltar os cuidados para a comunidade, a capacidade de colocar o paciente no centro dos cuidados de enfermagem é também alargada. (Abedin, 2006; Ferguson & Weinberger, 1998 citados por Powell et al, 2012[18]). Perspetiva que corrobora a de Amendoeira (2000[8]), quando este se refere ao processo de cuidados como um "processo de interação onde o centro de interesse é o

doente e onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla".

Como resposta a este desafio, surge a necessidade do desenvolvimento de um modelo de cuidados de saúde coordenado em parceria, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e saúde dos idosos, numa perspetiva de continuidade ao longo do ciclo vital (Powell et al, 2012[18]). Perspetiva que se assemelha à definição de envelhecimento ativo proposto pela WHO (2002[4]), onde a otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da esperança e qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem, são valorizadas.

O desenvolvimento deste modelo assenta em princípios metodológicos resultantes de prática baseada na evidência assim como de grupos focais com parceiros da comunidade. Daqui resultou a necessidade do desenvolvimento de um protocolo operacional, eficiente, com abordagem multissetorial ativado por um sistema de tecnologia de informação e comunicação. AS TIC promovem a rentabilização de recursos, no que se refere ao conhecimento e apoio entre indivíduos permitindo a gestão e capacitação dos indivíduos face à sua saúde, mudança de comportamentos e aprendizagem sobre as condições de saúde (Kutz et al, 2013[19]).

Este modelo assenta em quatro pilares, cada um deles com possíveis programas de intervenção face às necessidades de idosos e suas famílias ao longo do seu ciclo de vida:

1. Gestão dos cuidados - cuidados de saúde primários

Este pilar é caracterizado pela abordagem com gestor de caso em cuidados primários, sendo este enfermeiro ou médico; com centro na família, com elevados padrões de qualidade e segurança no sentido da promoção de mais anos de envelhecimento saudável e ativo, para que os idosos possam permanecer em suas comunidades com apoio domiciliário.

2. Coordenação de serviços integrados

A tecnologia de informação e comunicação, permitiu tornar os serviços mais acessíveis e adequados. A utilização da tele-vigilância de enfermagem, a partir de uma central aumentou a satisfação dos pacientes, diminuição da carga dos cuidadores e reduziu serviços de assistência domiciliária e dias de hospitalização assim como uma queda de 39% nos custos dos cuidados. Com base num sistema de solicitação eletrónica as famílias/ cuidadores solicitam consultas ou visitas domiciliárias, face às suas necessidades. Também todos os prestadores registarão as visitas e monitorizarão o estado do indivíduo, num dispositivo portátil.

3. Promoção da saúde e prevenção da doença

Abordagem ao nível de toda a população no sentido da capacitação das pessoas por meio de promoção de saúde baseada em evidências culturalmente relevantes adequadas a cada faixa etária. Entende-se que o envelhecimento saudável e ativo prepara idosos com maior resiliência e capacidade de gerir a sua saúde e retarda o aparecimento ou agravamento de doenças crônicas não transmissíveis. Inclui-se aqui a colaboração dos média e programas especializados para idosos, como programação nas escolas, locais de trabalho e organizações religiosas.

4. Planeamento e avaliação

Processo ativo que envolve a participação da comunidade, monitorização, renegociação e promoção do desenvolvimento de políticas. Possui vigilância, previsão, avaliação e qualidade contínua melhoria do meio ambiente público e diretrizes para ambientes seguros e acessíveis em residências e espaços privados. Foram identificados os seguintes indicadores ambientais e sociais, que suportam o envelhecimento ativo: transporte, habitação, respeito, inclusão social, participação social, comunicação, participação cívica, trabalho à comunidade e serviços de saúde.

Este modelo de intervenção corresponde a uma evidência face à questão de partida formulada no sentido de que se considera o recurso às TIC como essencial quando se fala numa perspetiva de envelhecimento ativo, na sua aplicabilidade: "Tecnologia da informação em saúde é reconhecida como chave para a transformação a longo prazo de sistemas de prestação de cuidados de saúde" (Powell et al 2012[18]).

Associada à operacionalidade deste modelo surge noutro artigo o potencial das tecnologias de informação e comunicação, com aplicabilidade na saúde direcionadas ao usuário no sentido da sua capacitação pessoal. Esta utilização é fundamentada, no sentido de uma compreensão mais profunda de como as pessoas percebem essas tecnologias e seus interesses e preocupações sobre a partilha de informações relacionadas com a saúde (Kutz et al, 2013[19]).

As TIC não devem ser incluídas arbitrariamente, sem antes se entender as diferenças entre gerações quando se trata da sua utilização na área saúde, sendo este fato bem explanado no artigo de Kutz et al, 2013[19], onde são inventariadas recomendações específicas face às diferenças de atitude na utilização das TIC em prol do seu bem estar e qualidade de vida. Enquanto os jovens se envolvem e participam ativamente em processos tecnológicos, partilham os seus dados com perspetiva de obter uma resposta ativa, os idosos têm uma

atitude passiva, onde a partilha de dados não lhe faz sentido, não demonstrando interesse por isso (Kutz et al, 2013[19]). Estas diferenças geracionais poderão ser consideradas como uma mais valia a rentabilizar quando o enfermeiro pretende ajudar as pessoas a gerir transições (Meleis, 2011[9]) ao longo do seu cilco vital tendo em vista o envelhecimento ativo.

Com o este ênfase dado à prevenção, espera-se que as pessoas se envolvam ativamente na gestão da sua saúde (Kutz et al, 2013[19]), entendendo as TIC como fundamentais para o desenvolvimento de um processo de envelhecimento ativo saudável e com qualidade, sendo para isso essencial atender à intergeracionalidade como fator catalisador desta utilização, neste processo. Neste âmbito, Kutz et al (2013[19]) recomendam caraterísticas especificas das TIC, tendo em conta as diferentes faixas etárias: para os jovens são recomendadas tecnologias que integrem redes socias já existentes, pois estes estão familiarizados com estas; para adultos de meia idade recomenda-se tecnologia com uma utilização simples e para além da simples partilha, envolvendo monitorização esporádica; para os idosos os recursos terão que ter fracas barreiras de acesso, pré seleção das atividades a desenvolver e/ ou destinatários a contatar e permitir partilha e interação simples da informação (Kutz et al 2013[19]). O enfermeiro no planeamento de cuidados deverá ter em conta a contribuição intergeracional de faixas etárias mais jovens familiarizadas com as tecnologias emergentes relativamente a pessoas idosas, pois a sua intervenção poderá ser mais efetiva quando recorrer a todas as potencialidades desta relação intergeracional, contribuindo assim para um processo de envelhecimento ativo ao longo de todo o ciclo vital.

CONCLUSÃO

Os desafios atualmente emergentes no atual Sistema de Saúde, remetem-nos para um questionamento constante de forma a responder às reais necessidades de enfermagem dos indivíduos/ famílias e grupos visando o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência em enfermagem, sendo necessária a reflexão sobre estratégias e condições essenciais à identificação das mesmas como principal estratégia para a qualidade dos cuidados.

A revisão sistemática da literatura efetuada permitiu reforçar a importância do fenómeno em estudo, ao identificar um modelo de intervenção multissetorial que proporciona um envelhecimento ativo ao longo de todo o ciclo vital, coadjuvado pelas TIC. Neste âmbito, enfatiza-se ainda uma perspetiva de utilização das TIC adaptadas a cada faixa etária, com potencial para proporcionar bem estar e qualidade de vida aos seus utilizadores.

A evidência disponibilizada nos artigos que emergiram da nossa pesquisa podem ter uma influência muito positiva para a prática clínica diária do enfermeiro, pois conseguirá perspetivar a utilização de TIC em diferentes faixas etárias, ao longo de todo o processo de enfermagem essencialmente no sentido da monitorização e avaliação da sua intervenção com a pessoa/família numa perspetiva de continuidade dos cuidados. Na gestão dos cuidados de enfermagem poder-se-á investir na reflexão acerca da importância de um modelo de intervenção multissectorial à semelhança do que foi analisado, tendo em conta a realidade portuguesa, onde as tecnologias de informação e comunicação terão relevo, até pela perspetiva emergente de sustentabilidade de estruturas de apoio social e de saúde. Relativamente à área da formação do enfermeiro sugere-se que a visão de envelhecimento ativo não se circunscreva apenas à última fase da vida dos indivíduos, mas que acompanhe o desenvolvimento do ciclo de vida de cada um de nós. Relativamente à área da investigação em enfermagem considera-se necessária a continuidade do desenvolvimento desta temática no sentido da prática baseada na evidência com objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

BIBLIOGRAFIA

[1] INE (2014). População residente em Portugal com tendência para diminuir e envelhecimento. *Destaque de informação à comunicação social*, julho 2014: INE. Acedido em www.ine.pt

[2] AAL (2014). Ambient assited living joint programme. Disponível em http://www.aal-europe.eu/call-2014-care-for-the-future

[3] Decreto- Lei nº 101/06. Diário da República nº 109/ 06/06/2006 - Série A – I. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa

[4] WHO (2002). "Active ageing: a policy Framework". A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid.

[5] Malanowski, N., Ozcivelek, R., Cabrera, M., (2008). "Active Ageing and Independent Living Services: The Role of Information and Communication Technology". *Joint Research Centre – Institute for Prospective Technological Studies:* Office for Official Publications of the European Communities

[6] WHO (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*, 60p. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

[7] Silva, M. (2009). Envelhecimento ativo: Trajetórias de vida e ocupações na reforma. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Economia da universidade de Coimbra, Coimbra

[8]Amendoeira, J. (2000). Cuidado de enfermagem. Intenção ou acção, o que pensam os estudantes de enfermagem. *Nursing*. Julho / Agosto

[9] Meleis, A.I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress (5th Ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

[10] Meleis, A. (2010) – Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York, Springer

[11]Comissão Europeia (2010). "ICT & Ageing, European Study on Users, Markets and Technologies". Compilation Report on Ethical Issues, Empirica

[12] Ricoy, M.; Couto, M. (2012). Os recursos e a utilização das TIC no ensino secundário na Matemática. Revista Portuguesa de Educação. 25 (2) pp.241-262. Universidade do Minho

[13] Lai, On-Kwok (2008). "The Enigma of Japanese Ageing-in-Place Practice in the Information Age: Does Digital Gadget Help the (Good) Practice for Inter-Generation Care?". Ageing Int. 32, 236–255, Springer Science and Business Media, LLC

[14] Patrício, M., Osório, A. (2011) - Aprendizagem intergeracional com tecnologias de informação e comunicação. *Sistemas e Tecnologias de Informação,* Atas da 6ª Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação. Chaves: Associação Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação

[15] Páscoa, G., Gil, H. (2012). Envelhecimento ativo e qualidade de vida: a importância das redes sociais digitais – Facebook. In Conferência internacional sobre políticas públicas de envelhecimento, p. 127-141. Lisboa Novembro: Fundação D. Pedro IV

[16] Melnyk, M., Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best pratice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins

[17] Guyatt, H., Rennie, D. (2002). *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based practice*. Chicago: American Medical Association

[18] Powell, D., Price, A., Burns, F., McConnell, E., Hendrix, C., McWhinney- Dehaney, L., Lombardi, M. (2011). Pillars for the Care of Older Persons in the Caribbea. *Public Health Nursing*. Vol. 29 No. 1, pp. 80–90

[19] Kutz, D., Shankar, K., Connelly, K. (2014). Making Sense of Technology Mobile e Web-Based Informações Bem-Estar: Estudo intergeracional. J Med Internet Res. May 2014; 15(5): e83.

TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL: ANÁLISE SEGUNDO O MÉTODO SINTÉTICO DE MCEWEN E WILLS

Sandrina Crespo[1], Rafael Rodrigues[2], Corália Vicente[3], José Amendoeira[4] & Maria do Céu Barbieri-Figueiredo[5]

[1] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) / Universidade do Porto.
[2] Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS) / Escola Superior de Enfermagem de Santarém. ICBAS /Universidade do Porto. Bolsista CAPES / Proc. BEX n$^{o.}$ 0693/12-0.
[3] ICBAS / Universidade do Porto
[4] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS/ Investigador no CIIS/UCP
[5] Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO

A relação entre teoria e prática em Enfermagem fundamenta-se na orientação, direção e aperfeiçoamento da prática do cuidado de Enfermagem, centrado nos múltiplos domínios e dimensões conceituais, que o enfermeiro possa adequar para um cuidado mais sensível às necessidades do ser humano. Este artigo teve por objetivo descrever, analisar e avaliar a teoria de médio alcance, Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural desenvolvida por Madeleine Leininger. O estudo é de tipo descritivo, fundamentado pelo referencial metodológico de McEwen e Wills, composto por três fases: descrição, análise e avaliação da teoria. Observou-se que a teoria apresenta conceitos sólidos e bem definidos, os quais se mostram interrelacionados. A análise conceitual proporcionou exploração e clarificação desses conceitos, assim como, das proposições teóricas, evidenciando na sua densidade e aplicabilidade, um contributo para a Enfermagem como ciência. O uso prático da teoria possibilita excelência nos cuidados prestados por proporcionar um cuidado culturalmente congruente.

Palavras-chave: Teoria de Enfermagem; Enfermagem Transcultural; Modelos de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

The relationship between theory and practice in nursing is based on guidance, direction and improvement of the practice of nursing care, focused on multiple domains and conceptual dimensions that nurses can adapt to more sensitive care needs of human beings. This article aims to describe, analyse and evaluate the middle range theory, Theory of Diversity and Universality of Cultural Care developed by Madeleine Leininger. The study is descriptive, based on the methodological referential by McEwen and Wills, composed of three phases: description, analysis and evaluation of the theory. It was observed that the theory has well defined and solid concepts, which are shown interconnected. The conceptual analysis provided exploration and clarification of these concepts, as well as the theoretical propositions, highlighting in its density and applicability, a contribution to nursing as a science. The practical use of the theory provides excellence in care by providing a culturally congruent care.

Keywords: Nursing Theory; Transcultural Nursing; Models' Nursing; Nursing.

INTRODUÇÃO

No final da década de 1980, a atenção transferiu-se do nível de Metateorias e Grandes Teorias para a constituição de um nível de teorias de médio alcance e de teorias práticas. Despertou-se para a necessidade de desenvolver conceções teóricas não apenas esclarecedoras dos fundamentos da Enfermagem, mas que orientassem e dirigissem a prática de cuidar do enfermeiro (McEwen & Wills, 2009).

As teorias agrupam-se com base no âmbito ou no nível de abstração em: grande teoria, teoria de médio alcance e teoria prática. Com isso define-se sua funcionalidade e as suas interrelações (McEwen & Wills, 2009).

Para este artigo destacou-se a teoria de médio alcance de Madeleine Leininger (1991, 2001), intitulada de Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC).

A escolha desta teoria justificou-se pela importância que o enquadramento teórico tem na contemporaneidade, visto que a transformação social avança para uma crescente diversidade cultural, perspetivando-se ajustes na prática clínica, na pesquisa e no ensino, combinando conhecimento e ação social face à necessidade de prestação de cuidados de saúde congruentes.

A meta comum de avaliação da teoria é de determinar a sua contribuição potencial para o conhecimento científico. Desde o final dos anos de 1960, inúmeros estudiosos de

Enfermagem publicaram sistemas ou métodos para análise e avaliação da teoria (McEwen & Wills, 2009).

Acompanhando a revisão detalhada e a comparação dos diversos métodos para análise e avaliação de teorias, McEwen e Wills desenvolveram um método destinado especificamente a avaliar as teorias de médio alcance e teorias práticas (McEwen & Wills, 2009).

Assim, traçaram-se os seguintes objetivos:

- Analisar, de forma sistemática, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.
- Identificar as potenciais contribuições da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, para o desenvolvimento do conhecimento científico e a sua aplicabilidade na prática de Enfermagem.

MÉTODOS

O estudo é documental, do tipo descritivo e fundamentado no método sintético de avaliação de teorias de Enfermagem, proposto por McEwen & Wills (2009).

A fonte documental de análise foi a teoria de Enfermagem de médio alcance intitulada: Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, apresentada no livro da teórica Madeleine Leininger (1991, 2001): *Culture care diversity and universality: a theory of nursing.*

O método sintético de avaliação da teoria proposto por McEwen & Wills, está estruturado em três domínios: descrição da teoria, análise da teoria e avaliação da teoria. Ressalta-se, que os principais itens para avaliação dentro deste método, são formulações estruturadas na forma de interpelações, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Método sintético de avaliação da teoria: domínios e questões. Adaptação com base em McEwen & Wills (2009).

Domínios	Método sintético de avaliação da Teoria Questões
Descrição da Teoria	Qual é a finalidade da teoria? Qual é o âmbito ou nível da teoria? Quais são as origens da teoria? Quais são os principais conceitos? Quais são as principais preposições teóricas? Quais são os principais pressupostos? O contexto para o uso está descrito?
Análise da Teoria	Os conceitos são definidos teórica e operacionalmente? As declarações são definidas teórica e operacionalmente? Os vínculos são explícitos? A teoria está organizada de forma lógica? Existe um modelo/diagrama? O modelo contribui para o esclarecimento da teoria? Os conceitos, as declarações e os pressupostos são usados de modo consistente? Os resultados ou as consequências são declarados ou previstos?
Avaliação da Teoria	A teoria é congruente com os atuais padrões de Enfermagem? A teoria é congruente com as atuais intervenções ou terapêuticas de Enfermagem? A teoria foi testada empiricamente? É apoiada pela pesquisa? Parece ser exata e válida? Existe evidência de que a teoria tenha sido usada por educadores, pesquisadores ou administradores de Enfermagem? A teoria é socialmente relevante? A teoria tem relevância transcultural? A teoria contribui para a disciplina de Enfermagem? Quais são as implicações para a Enfermagem relacionadas à implementação da teoria?

A análise da teoria terá por base os três pilares de análise, propostos por McEwen & Wills, dentro dos quais procuraremos explanar as suas interpelações, dando assim resposta às mesmas num carater descritivo-interpretativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição da Teoria

Segundo Blegen & Tripp-Reimer (1997), há várias características que identificam as teorias de enfermagem como sendo de médio alcance. As suas principais ideias são relativamente simples, diretas e gerais, consideram um número limitado de variáveis ou conceitos e concentram-se, de modo predominante, nos problemas dos clientes e nos prováveis resultados, assim como nos efeitos das intervenções de enfermagem. Além disso são

recetivas a testes empíricos e podem ser consolidadas em teorias de maior amplitude (McEwen & Wills, 2009).

Leininger (Tomey & Alligood, 2002) define teoria como a descoberta sistemática e criativa de conhecimentos sobre um domínio de interesse ou um fenómeno que parece importante compreender, tendo em conta algum fenómeno desconhecido. Acrescenta que a descoberta criativa sobre o indivíduo, as famílias e os grupos, assim como, o modo de cuidar, valores, expressões, crenças e ações ou práticas baseadas no estilo de vida cultural é essencial para prestar um cuidado de Enfermagem eficaz, satisfatório e culturalmente congruente.

Com isso, a finalidade da TDUCC é a prestação de cuidados culturalmente congruentes para indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições.

Leininger defende que a TDUCC enquadra-se no âmbito das teorias de médio alcance, porque a abordagem sobre os fenómenos e os conceitos específicos reflete uma prática multidimensional em Enfermagem. Isto insere a teoria no paradigma da transformação e na Escola de pensamento do Cuidar, em que o contexto de orientação face ao mundo é um sistema aberto e transformador. Também, recebeu influências do Holismo, tendo em conta que esta vê o ser Humano como um todo e considera o contexto cultural da pessoa uma parte fundamental no processo terapêutico.

A origem da teoria remonta à década de 50, quando num lar de orientação de crianças, Madeleine Leininger observou e tomou consciência das diferenças de comportamento entre as famílias, atribuindo essas diferenças a questões culturais.

Leininger sentiu isto como algo que designou de choque cultural, uma vez que identificou a falta de conhecimento sobre a cultura daquelas famílias como o elo que faltava na sua profissão para o entendimento das variações nos cuidados de Enfermagem a serem prestados. Prosseguiu os seus interesses e foi a primeira enfermeira a fazer um doutoramento em Antropologia Cultural e Social, na Universidade de Washington, onde centrou a sua atenção no povo de Gadsup das Eastern Highlands na Nova Guiné, onde viveu sozinha com o povo indígena quase dois anos.

No sentido de formular a TDUCC, Leininger selecionou e utilizou constructos da Antropologia e de cuidado próprio da Enfermagem, originando o termo Enfermagem Transcultural. O foco deste termo é a análise comparativa de diferentes culturas, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado, especialmente ao cuidado de Enfermagem (Moura, Chamilco, & Silva, 2005).

Leininger, ao longo das obras que escreveu, fora desenvolvendo, novos termos para os princípios básicos da sua teoria.

Os conceitos estão definidos teórica e operacionalmente, conforme Figura 1.

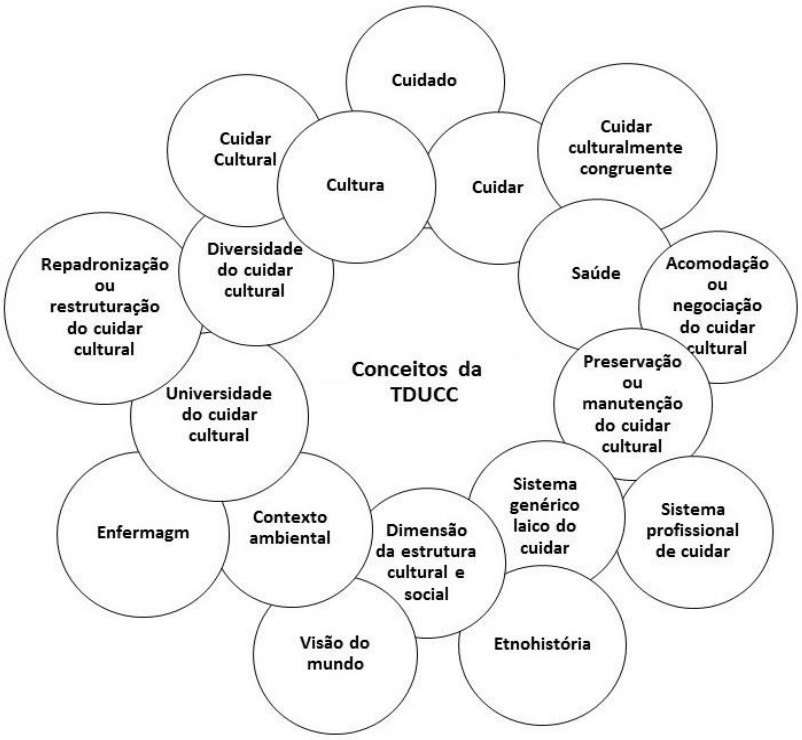


Figura 1: Principais conceitos da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural

Leininger (1991; 1995; 2001) também desenvolveu pressupostos, que segundo a autora, acrescentam significado, profundidade e clareza ao foco geral para chegar aos cuidados de Enfermagem culturalmente congruentes. A teoria assenta em treze pressupostos (Leininger, 1991) definidos teórica e operacionalmente, conforme Quadro 2.

Quadro 2: Pressupostos da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural e as suas definições teóricas e operacionais

Pressupostos
1. O cuidado é a essência da Enfermagem e um ponto distinto, dominante, central e unificador.
2. O cuidar (cuidados) é essencial para o bem-estar, saúde, cura, crescimento, sobrevivência e para enfrentar dificuldades ou a morte.
3. O cuidado cultural é a forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em Enfermagem.
4. A Enfermagem é uma disciplina e profissão humanística e cientifica de cuidar transcultural com o objetivo principal de servir os seres humanos por todo o mundo.
5. O cuidar (cuidados) é essencial ao tratamento e cura, pois não pode existir cura sem cuidar.
6. Os conceitos, significados, expressões, padrões, processos do cuidar cultural e as formas estruturais do cuidar são diferentes (diversidade) e semelhantes (no sentido das comunidades ou das universalidades) entre todas as culturas do mundo.
7. Toda a cultura humana possui conhecimentos e práticas genéricas sobre o cuidar e conhecimentos e práticas do cuidar normais que variam transculturalmente.
8. Os valores, as crenças e as práticas do cuidado cultural são influenciadas e tendem a estar englobados na visão do mundo, na língua, no contexto religioso (ou espiritual), de parentesco (social), político (ou legal), educativo, económico, tecnológico, *etnohistórico* e ambiental de uma cultura específica.
9. O cuidar em Enfermagem benéfico, saudável e satisfatório, culturalmente baseado, contribui para o bem-estar de indivíduos, famílias, grupos e comunidades dentro do seu contexto ambiental.
10. O cuidar em Enfermagem congruente ou benéfico pode ocorrer apenas quando o indivíduo, grupo, família, comunidade ou os valores, expressões ou padrões de cuidar cultural são conhecidos e usados adequadamente e de forma significativa pela enfermeira com as pessoas.
11. As diferenças e semelhanças do cuidar cultural entre o(s) prestador(es) de cuidados profissional(is) e o cliente (genérico) do cuidado existem em qualquer cultura humana do mundo.
12. Os clientes que passem pela experiência de um cuidar em Enfermagem e que não consiga serem, razoavelmente, congruentes com as crenças, valores e modos de vida do cliente, irão mostrar sinais de conflitos culturais, falta de condescendência, tensões e preocupações éticas ou morais.
13. O paradigma qualitativo fornece novas formas de conhecimento e diferentes formas de descobrir, transculturalmente, as dimensões epistémicas e ontológicas do cuidar humano.

O uso da teoria oferece estrutura e organização do conhecimento de Enfermagem e proporciona um meio sistemático de colher dados para descrever, explicar e adaptar a prática; além disto, promove a prática racional e sistemática, desafiando e validando a intuição (Sousa, Guedes, Monteiro, Freitas, & Rodrigues, 2013).

Um aspeto importante da Teoria é que ela pode ser usada em diferentes contextos sociais e culturais (Oriá, Ximenes, & Pagliuca, 2007). Tal fato facilitou sua utilização por diversos pesquisadores de âmbito mundial, que vão utilizando a TDUCC tanto em dissertações, como em teses ou artigos de periódicos. A utilização da TDUCC pode ser descrita como bem aceite pelos pesquisadores, pois é disseminada em diversas áreas de atuação do enfermeiro e vem sendo aplicada aos mais diferentes objetos de estudo, o que a torna relevante para sua validação contínua e sistemática (Oriá, Ximenes, & Alves, 2006).

Análise da Teoria

Os conceitos da teoria, estão definidos teórica e operacionalmente no Quadro 3.

Quadro 3: Conceitos da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural e suas definições teóricas e operacionais.

Conceitos	Definições
Cuidar	Ações e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar e capacitar outro indivíduo e/ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas, para melhorar, aperfeiçoar uma forma de vida, condição humana e a morte.
Cuidado	Fenómenos abstratos e concretos relacionados com a assistência e o apoio no sentido de cuidar.
Cultura	Valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos pertencentes a um grupo específico que orienta o seu pensamento, decisões e ações de forma padronizadas.
Cuidar cultural	Valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjetiva e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habilitam outro indivíduo ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhorar a sua condição humana e modo de vida, ou a lidar com a doença, incapacidades ou morte.
Diversidade do cuidar cultural	Variabilidades e/ou diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos do cuidado dentro ou entre as coletividades que estão relacionadas com as expressões do cuidar humano de auxílio, suporte e capacitação.
Universalidade do cuidar cultural	Significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidar uniformes comuns, semelhantes ou dominantes que manifestam entre muitas culturas e refletem formas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras para ajudar as pessoas.
Enfermagem	Disciplina e profissão humanística e científica aprendida, centrada nos fenómenos do cuidar humano e nas atividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos e/ou grupos a manter ou readquirir o seu bem-estar (ou saúde) de formas culturalmente significativas e benéficas, ou a ajudar as pessoas a encarar *handicaps* ou a morte.
Visão do mundo	Tendência de ver o mundo ou o seu universo para formar uma imagem ou uma posição valorativa sobre a sua vida ou sobre o mundo em seu redor.
Dimensões da estrutura cultural e social	Padrões e aspetos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma cultura específica (subcultura ou sociedade), que inclui valores religiosos, de parentesco (sociais), políticos (e legais), económicos, educativos, tecnológicos e culturais, fatores *etnohistóricos* e a forma como estes fatores podem estar interrelacionados e funcionar de modo a influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais.
Contexto ambiental	Totalidade de um evento, situação ou experiência específica que confere significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais, particularmente contextos físicos, ecológicos, sociopolíticos e/ou culturais.
Etnohistória	Factos, eventos, circunstâncias e experiências passadas de indivíduos, grupos, culturas e instituições que são principalmente centradas nas pessoas (*etno*) e que descrevem, explicam e interpretam os modos de vida do ser humano dentro de contextos culturais específicos e durante períodos longos ou curtos.
Sistema genérico laico do cuidar	Conhecimento e às competências indígenas (ou tradicionais) e populares (baseadas na terra natal) culturalmente aprendidas e transmitidas, usadas para cuidar.
Sistema Profissional de cuidar	Ensino, aprendizagem e transmissão formal do cuidar profissional, da saúde, doença, bem-estar, conhecimentos relativos e competências de práticas que prevalecem nas instituições profissionais, habitualmente com pessoal multidisciplinar para servir os consumidores.

Saúde	Condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos (ou grupos) desempenharem as suas atividades diárias de modos culturalmente expressos, benéficos e modulares.
Preservação ou manutenção do cuidar cultural	Ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma cultura específica a reter e/ou preservar valores relevantes do cuidar de modo a que possam manter o seu bem-estar, recuperar da doença ou encarar deficiências ou a morte.
Acomodação ou negociação do cuidar cultural	Ações e decisões profissionais criativas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma designada cultura a adaptar-se a ou a negociar com os outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os prestadores de cuidados profissionais.
Repadronização ou restruturação do cuidar cultural	Ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam os clientes a reordenar, alterar ou modificar grandemente os seus modos de vida para padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos, respeitando os valores culturais e crenças dos clientes e fornecendo ainda, um modo de vida benéfico ou mais saudável do que antes das mudanças terem sido coestabelecidas com os clientes;
Cuidar culturalmente congruente	Ações ou decisões de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras cognitivamente baseadas feitas à medida para servir os valores, crenças e modos de vida do indivíduo, grupo ou instituições para prestarem ou apoiar serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios.

Dentre as abordagens da pesquisa qualitativa utilizadas na Enfermagem e no campo da saúde para obter dados relacionados à cultura de um grupo e ao modo como os profissionais de saúde exercem sua autonomia no quotidiano do trabalho, destacam-se a *etnografia* e a *etnoenfermagem* propostos por Leininger, sendo estes métodos formas poderosas de obter factos, sentimentos, visões do mundo e outros tipos de dados que revelam o mundo real, verdades e modos de vida das pessoas (Leininger, 1985), permitindo a compreensão de crenças e valores.

O conhecimento desenvolvido tanto na *etnografia* como na *etnoenfermagem* envolve duas perspetivas: a *emic*, que é o modo pelo qual os seres humanos expressam as suas visões do mundo, significados, atitudes de uma cultura particular, ou seja, é a forma pela qual os próprios membros da cultura percebem o seu mundo; e a *etic*, que se constitui na interpretação ou entendimento dos significados e experiências dos seres humanos, numa visão mais universal a respeito de Enfermagem, cuidado e saúde, ou seja, é a interpretação das experiências daquela cultura, a partir de fatos pesquisados. Portanto, uma perspetiva *emic* é utilizada como linha de base de conhecimento, necessária para contrastar as descobertas com os pontos de vista *etic*, na análise dos dados obtidos (Silveira, Martins, Lunardi, & Filho, 2009).

Os pressupostos da teoria são definidos teórica e operacionalmente, conforme explanado no Quadro 2.

As apresentações dos conceitos e dos pressupostos da teoria sustentam a sua aplicação e demonstram como eles são interrelacionados, reforçando os vínculos. A teoria de Leininger é essencialmente parcimoniosa, incorporando os conceitos necessários de tal maneira que a teoria e o seu modelo possam ser aplicados em muitos cenários diferentes, tendo em conta a coerência lógica, quanto à sua organização e ao nível de abstração (George, 2000).

O modelo criado por Leininger, o *Sunrise* (Figura 2), simboliza o nascer do sol como um símbolo de esperança para gerar novos conhecimentos para a Enfermagem, tendo como finalidade auxiliar o estudo de como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde e o atendimento proporcionado aos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições de uma cultura. O modelo foi desenvolvido como um guia conceitual para estudantes e pesquisadores para compreender o alcance e as áreas para obtenção de dados de Enfermagem Transcultural.

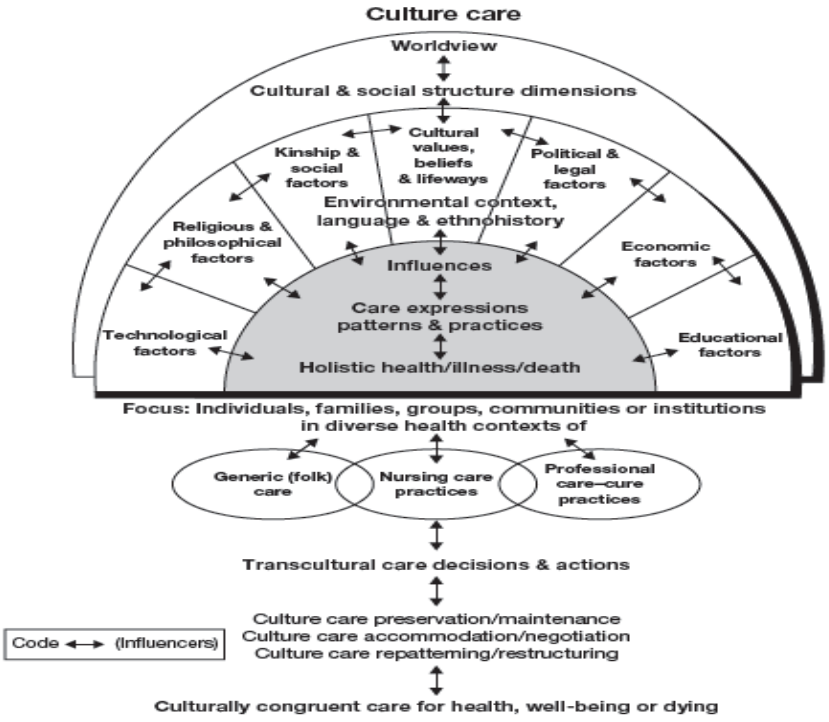


Figura 2: Modelo Sunrise. Fonte: Leininger (1991).

Entre os aspetos constantes no diagrama, podem-se observar as dimensões da estrutura social e cultural, compostas pelos fatores (1) tecnológicos, (2) religiosos e filosóficos, (3) parentesco e sociais, (4) valores culturais e modos de vida, (5) políticos e legais, (6) económicos e (7) educacionais, que se repercutem indubitavelmente na vida das pessoas. Conforme revelam as linhas pontilhadas entre esses fatores, eles constituem um todo interrelacionado, intimamente presente no ser humano a ser cuidado.

Todas as setas localizadas no diagrama possuem dupla direção, evidenciando a reciprocidade das influências culturais no contexto social. Assim, é percetível que a visão de mundo do cuidado cultural influencia e é influenciada pelas dimensões da estrutura social e cultural, que por sua vez influenciam e são influenciadas por cada um dos seus fatores constitutivos. Estas dimensões da estrutura cultural e social fluem a partir da visão do mundo e também são moldados pelo ambiente e contextos de linguagem em que eles existem.

Os componentes de Enfermagem e interação enfermeiro-cliente estão evidenciados no setor das três elipses constantes no diagrama, onde fica claro que para implementar o cuidado de Enfermagem exige-se uma interação entre o cuidado *emic* e o cuidado *etic*. Isso resulta na tomada de decisão e nas ações do cuidado de Enfermagem representadas pela:

preservação/manutenção do cuidar cultural, acomodação/negociação do cuidar cultural e repadronização/restruturação do cuidar cultural.

A fim de prover um cuidado culturalmente congruente, a enfermeira sintetiza aspetos do sistema genérico e do sistema profissional de cuidar. O atendimento será exclusivo para cada indivíduo ou grupo, como resultado desta síntese.

No modelo do sol nascente, Leininger representa as fases do processo de Enfermagem, no qual exibe o histórico: o reconhecimento da situação cultural e as ações de cuidado da Enfermagem (Seima, Michel, Méier, Wall, & Lenardt, 2011).

Em suma, o uso do modelo auxilia a obter uma ampla visão do ser humano a ser cuidado, tanto no aspeto *emic*, quanto no *etic,* ressaltando sempre que o indivíduo está inserido num contexto cultural que precisa ser descoberto pela Enfermagem no intuito de alcançar o fim último da teoria: o cuidado culturalmente congruente (Oriá, Ximenes, & Pagliuca, 2007).

Quanto à utilização dos conceitos e pressupostos da teoria, de um modo sintético podemos apresentar o modelo em quatro níveis que vão desde a estrutura cultural e social até às decisões e ações do cuidado em Enfermagem: o nível 1 é a visão do mundo, da cultura e a sua interação com os seres humanos, o nível 2 focaliza os indivíduos, as famílias, os grupos e as instituições socioculturais, em vários sistemas de saúde, o nível 3 representa o sistema popular, o sistema profissional e a Enfermagem, pelo que, inclui as características de cada sistema, bem como os aspetos específicos do cuidado de cada um.

Os níveis de 1 a 3 envolvem o desenvolvimento do conhecimento e quando adequadamente utilizados podem ajudar a evitar o choque e a imposição cultural. O nível 4, fala das decisões e ações de cuidado em Enfermagem, como a preservação/acomodação/restruturação cultural do cuidado, de forma a melhor satisfazer as necessidades do cliente e proporcionar um cuidado culturalmente congruente.

Tendo em conta que os conceitos e pressupostos da TDUCC não estão explícitos no modelo Sunrise, contudo, conforme exposto, as dimensões das estruturas social e cultural presentes na parte superior do modelo representam tais componentes de forma subjetiva, já os componentes (foco, cliente, Enfermagem, saúde, interação enfermeiro-cliente, ambiente) evidenciam-se mais claramente no modelo (Oriá, Ximenes, & Pagliuca, 2007).

Por estas razões, não se pode considerar que o modelo seja um substituto do texto completo da teoria, desse modo, considera-se como sendo um mapa cognitivo para orientar e representar as dimensões influentes, os componentes, os factos ou os conceitos principais da teoria com uma visão total integrada dessas dimensões (Leininger, 1991), auxiliando na

compreensão da teoria na sua totalidade e na aprendizagem da sua utilização de forma correta.

O modelo Sunrise tem uma ordem lógica em si mesmo (George, 2000) pela forma como Leininger inter-relacionou os conceitos, no entanto, a sua complexidade enfatiza a necessidade de inclusão de conhecimentos sólidos sobre os conceitos antropológicos e culturais na educação e prática de Enfermagem.

Quanto aos resultados ou às consequências serem declarados ou previstos, pode-se acrescentar que a TDUCC é capaz de implementar intervenções centradas no cliente, favorecendo dessa forma, o aprimoramento da relação interpessoal enfermeiro-cliente bem como permite (Schaurich & Crossetti, 2010) a compreensão dos fenómenos de saúde e doença que permeiam as vivências dos indivíduos e/ou grupos populacionais, apresentando a relação com os hábitos cotidianos, as crenças, os costumes e os demais aspetos que configuram as suas culturas, pois o cuidado é culturalmente definido.

Avaliação da Teoria

A nível internacional, a TDUCC, encontra-se congruente com os principais critérios da ICNP (*International Classification for Nursing Practice)* sendo que esta é sensível à diversidade cultural, de modo a servir as múltiplos propósitos requeridos pelos distintos países onde será utilizada (ICN, 1999), por outro lado, segundo Leininger uma das principais preocupações com as classificações NANDA (North American *Nursing* Diagnosis Association) está nos problemas em utilizar, promover e implementar a taxonomia com dados internacionais ou transculturais limitados, incluindo ideias teóricas culturais, condições e práticas em diversas culturas (Leininger, 1990).

Em Portugal, a teoria visa os padrões da Ordem dos Enfermeiros (2000), tendo em conta que são objetivos do ensino de Enfermagem promover a integração na formação básica e pós-básica do currículo de Enfermagem do respeito pelos valores culturais e promover cuidados de Enfermagem que respeitem os princípios éticos e culturais da legislação nacional de Enfermagem. Também, é contemplado no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2001), no Artigo 81º e 82º.

Em relação à congruência da teoria com as atuais intervenções ou terapêuticas de enfermagem, não fazem parte da TDUCC, a abordagem ao problema de Enfermagem, tendo em conta que estes podem ser vistos de forma diferente por outras culturas, as quais poderão considerá-las ou não como problemas e a terapêutica de Enfermagem que por não

estarem diretamente relacionadas a uma prática de interferência ou imposição cultural (Leininger, 2001). Assim, para realização de estudos que abordam o universo simbólico das culturas que se refletem na experiência de adoecimento e na construção social de itinerários terapêuticos diversos, dentro do pluralismo característico dos sistemas de cuidado à saúde em sociedades complexas, a teoria mostra-se teoricamente insuficiente (Melo, 2010).

A pesquisa tem sido o principal paradigma para descobrir fenómenos do cuidar e da saúde largamente desconhecidos em culturas diferentes. Por outro lado, a precisão dos dados fundamentados proveniente da utilização dos *etnométodos* está a conduzir a uma grande credibilidade, confirmação e profusão dos dados empíricos.

A teoria é a única, em Enfermagem, centrada especificamente no cuidar cultural e com um método de investigação (*etnoenfermagem*) para examinar a teoria (Leininger, 1995). Leininger (1991) afirma que a investigação em Enfermagem Transcultural já começou a conduzir a algumas formas diferentes e altamente promissoras de fazer progredir o ensino e a prática de Enfermagem.

Pode-se dizer que a teoria de Leininger é socialmente relevante, tendo em conta os primeiros programas de mestrado e de doutoramento em Enfermagem Transcultural, a fundação por Leininger, em 1974, da *Transcultural Nursing Society* que é uma organização oficial e a mais importante nesta área, com sede em Michigan, Estados Unidos da América e a fundação da primeira editora do *Journal of Transcultural Nursing.*

A utilização da TDUCC pode ser descrita como bem aceite pelos pesquisadores de todo o mundo, pois é disseminada em diversas áreas de atuação do enfermeiro e vem sendo aplicada aos mais diferentes objetos de estudo em todo o mundo, o que a torna relevante para sua validação contínua e sistemática.

Os resultados da teoria estão a ser usados, atualmente, no cuidar ao cliente numa variedade de serviços de saúde e comunitários de todo o mundo para transformar o ensino e a profissão de Enfermagem, dando-lhe um alcance verdadeiramente transcultural e global (Tomey & Alligood, 2002).

Toda e qualquer prática de Enfermagem necessita de fundamentos teóricos. Uma prática sem apoio de uma teoria resulta numa ação fragmentada, alienada e tecnicista. A teoria pode oferecer um suporte no qual a prática se desvelará em diversas possibilidades, seja para colher dados, diagnosticar, planear, implementar ou avaliar os cuidados de Enfermagem (Ramos & Menezes, 2012).

A teoria contribui para a disciplina de Enfermagem, na medida em que é a forma de estabelecer uma disciplina e uma profissão segura e defensível, orientando a prática para satisfazer um mundo multicultural, por ter um foco de interesse lato e multicultural (Tomey & Alligood, 2002), no entanto, um dos grandes desafios das enfermeiras e dos enfermeiros que se aventuram pelos caminhos da antropologia para cuidar do ser humano de uma forma mais abrangente é o de realizar o olhar antropológico (Boehs, 2002).

Embora seja uma teoria abrangente, tem conceitos sólidos, havendo no entanto um amplo campo para dar mais respostas ao desafio de como utilizar esta visão antropológica na Enfermagem. Requer conhecimento antropológico básico, mas também um conhecimento de Enfermagem Transcultural considerável para ser usado com precisão e sapiência. É necessária mais pesquisa para propósitos comparativos tanto dos dados específicos da cultura como de algum conhecimento de cuidar universal (Tomey & Alligood, 2002);

Por fim, é importante enfatizar que, com as experiências já existentes na aplicação desta teoria na prática e na pesquisa, urge que os enfermeiros, ao definirem trabalhar com esta teoria, procurem avançar no sentido de pensar esta abordagem dentro do contexto real, local e nacional (Boehs, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do referencial sintético de McEwen e Wills, no estudo pormenorizado da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, fornece contribuições significativas para a disciplina de Enfermagem e para a formação dos Enfermeiros, acerca das competências no cuidar.

Considerou-se relevante a possibilidade de clarificar os conceitos e os pressupostos em uso nos diversos contextos da prática de Enfermagem. Esta análise conceitual proporcionou um exercício valioso acerca do conhecimento dos conceitos e definições da teoria, evidenciando a sua densidade e aplicabilidade às mais diversas situações quer ao nível de educadores ou de pesquisadores, tornando relevante a sua validação contínua e sistemática.

No geral, a teoria apresenta conceitos sólidos, bem definidos e interrelacionados, convergindo para o resultado final, que é o cuidado culturalmente congruente. A lógica organizada da teoria, por mais estável que seja a sua adequação e manutenção devido aos padrões culturais de uma sociedade, suporta-se num processo de decisão dinâmico e influenciado por determinantes próprios do ser humano devido às singularidades e diversidade das respostas aos estímulos dos contextos.

Refletir sobre os limites, as condições de existência de particularidades e a compreensão das respostas humanas aos processos de transição de saúde e de doença, potencializa intervenções de Enfermagem com manutenção da identidade cultural das pessoas e minimiza as imposições culturais.

Com isso, é importante mobilizar ações intencionais fundamentadas em aspetos éticos e humanísticos, consciência cultural, habilidade na comunicação e no conhecimento de determinantes específicos inter e intraculturais.

A teoria aponta contributos aos padrões atuais da Enfermagem fundamentados na transição multiparadigmática da saúde, permitindo a adaptação, a distinção e a adequação dos cuidados e da diversidade de respostas que se centram no ser humano, na sua natureza, na formação e na sua vivência em sociedade.

BIBLIOGRAFIA

1. Boehs, A. E. (2002). An analysis of the negotiation/accomodation concepts in M. Leininger's theory. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*, 90-96.

2. Blegen, M. A., Tripp-Reimer, T. (1997) Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. *Adv Nurs Sci*. 19(3), 37-49.

3. Enfermeiros, O. dos (2000). O papel dos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes terminais e suas famílias. *Ordem dos Enfermeiros.*

4. Enfermeiros, O. dos (2001). Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros.*

5. George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem, os fundamentos à prática profissional.* Porto Alegre: Artmed.

6. Leininger, M. (1985). *Etnography and Ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis.* Orlando: Grune & Stratton.

7. Leininger, M. (1990). Ethnomethods: the philosophical and epistemic bases to explicate transcultural nursing know legds. *J Transcultural Nurs*, 40-51.

8. Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing.* New York: National League for Nursing Press.

9. Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing. Concepts, theories, and practice* (Vol. 2nd ed). New York: College Costom Series.

10. Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing.* New York: National League for Nursing.

11. Mcewen, M., & Wills, E. M. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem* (2nd ed). São Paulo: Artmed.

12. Melo, L. P. (2010). A contemporaneidade da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. *Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 21-32.

13. Moura, M. A. V., Chamilco, R. A. S. I., & Silva, L. R. (2005). A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de Enfermagem: uma reflexão. *Esc Anna Nery R Enferm*, 434-440.

14. Nurses, I. C. of (1999). Internacional Classification for Nursing Practice - Beta.

15. Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., & Pagliuca, L. M. F. (2007). Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. *R Enferm UERJ*, 130-135.

16. Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., & Alves M. D. S. (2006). Utilização da teoria do cuidado cultural na pós-graduação em Enfermagem: a realidade Brasileira. *R Enferm UERJ*. 15(1), 245-252.

17. Ramos, J. L. C., & Menezes, M. R. (2012). Cuidar de idosos com doença de alzheimer: um enfoque na teoria do cuidado cultura. *Rev Rene*, 805-815.

18. Schaurich, D., & Crossetti, M. G. O. (2010). Produção do Conhecimento sobre teorias de Enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 182-188.

19. Seima, M D., Michel, T., Méier, M. J., Wall, M. L., & Lenardt, M. H. (2011). A produção científica da Enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985-2011. *Esc Anna Nery R Enferm*, 851-857.

20. Silveira, R. S., Martins, C. R., Lunardi, V. L. & Lunardi Filho, W. D. (2009) Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Rev. bras. enferm.* [online]. 62(3), 442-446. ISSN 0034-7167.

21. Sousa, A. A. S., Guedes, M. V. C., Monteiro, A. R. M., Freitas, M. C., & Rodrigues, D. P. (2013). Análise da teoria da consecução do papel materno segundo a proposta de Chinn e Kramer. In *17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem* (pp. 2309-2311). Natal.

22. Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5th ed). Lusociência.

NURSING-SENSITIVE OUTCOMES INSTRUMENTS. A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Regina Ferreira[1] & José Amendoeira[2]

[1] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém
[2] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS/ Investigador no CIIS/UCP

RESUMO

Prestar cuidados de qualidade é um objetivo comum a todos os sistemas de saúde. Os resultados da prestação de cuidados de enfermagem são um componente essencial da avaliação da qualidade e da efetividade desses cuidados.

Esta revisão sistemática da literatura identificou os instrumentos utilizados para a analisar os resultados sensíveis em enfermagem. Verificou-se que os vários instrumentos analisam aspetos inerentes às três dimensões do Modelo da Efetividade do Papel de Enfermagem, designadamente, Estrutura, Processo e Resultados.

Palavras-chave: Resultados sensíveis; Instrumentos; Qualidade dos cuidados; Enfermagem.

ABSTRACT

A common purpose to all healthcare systems is to provide quality of care. Nursing care intervention outcomes are a fundamental component of quality and effectiveness assessment of nursing care.

This systematic literature review identified instruments used to analyze the nursing-sensitive outcomes. It was found that the various instruments analyze aspects inherent to three dimensions of Nursing Roles Effectiveness Model, namely Structure, Process and Results.

Keywords: Sensitive outcomes; Instruments; Care Quality; Nursing

INTRODUCTION

With the advent of a new century, it seems particularly relevant to review the development made in nursing quality measurement.

In Quality Health Care System health professionals participate in the review and modification of work process that are expected to enhance performance, reduce costs and optimize the outcome of patient care. Quality improvement of care is the aim or goal for nursing care.

Concerns about the value and contribution of nursing have come more sharply into focus in clinical practice, increasingly due to the current economic and social crisis and other factors, such as, an ageing population, new genetic approaches, new forms of information transfer, changing healthcare delivery, changing professional roles (within and between professions) and changing workforce expectations.

The nursing practice need to be examined to ensure greater coherence and clearer lines of responsibilities and accountabilities.

It seems important, more than less, to recognize the contribution and the impact of nurses and outlines, its commitment to strengthening and maximizing the contribution of the nursing workforce to health care delivery; will be required to achieve quality standards, cost effectiveness and the best health outcomes.

The increasing demand for professional and financial accountability and increasing concerns about the effects of nursing on patient care have renewed the quest to examine the contribution of nursing to clinical outcomes.

This is even more important today considering that the nurse is the fundamental element of care, in which the user is emphasized as a central element of care. Over the past decade, nursing has often been measured with the structural variable of staff mix or nursing hours

per case. The clinical outcomes included any or a combination of death (mortality), disease (morbidity), disability (falls), discomfort, and dissatisfaction. The results were inconsistent, showing either no association or a positive relationship between staff mix and risk-adjusted mortality rate, nosocomial infection rate, or pressure ulcers (Aiken, Smith, & Lake, 1994; Lichtig, Knauf, & Milholland, 1999; Shortell *et al*., 1994; Tourangeau, Giovanetti, Tu & Wood, 2002; in Sidani, Doran & Mitchell, 2004).

Batalden and colleagues (1994) suggest that clinical improvement can be found through small incremental tests of changes in the process of patient care. They consider important that clinicians need to balance four categories of outcomes information in making improvements to clinical care: clinical (signs and symptoms of disease), functional (activities of daily living), satisfaction (perceived benefit from health care) and costs (both direct and indirect costs to the health care system and to the patient). Taken together, these four categories of outcome provide comprehensive and balanced assessment of the effectiveness of clinical improvement (Doran & Sidani, 2007, Mar). More recently, other outcomes had been evaluated, like functional status, self-care, symptom control, safety/adverse occurrences, patient satisfaction (Pringle & Doran, 2003). However it was difficult to demonstrate the impact of nursing intervention in health outcomes.

Recently two Models have been developed focusing the outcomes to the exclusion of nursing process. The Quality Health Outcomes Model conceptualizes nursing intervention as affecting patient outcomes through the mediation of health system and patient intervening variables (Mitchell & Lang, 2004; Pringle & Doran, 2011). The Nursing Role Effectiveness Model (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998) provides a framework for analyzing the relationships between structure, process and outcomes. This Model proposed that nursing roles mediate the relationship between outcomes and nurse, patient and system structural variables. In this model process of care include independent nursing care, medically directed nursing care and interdisciplinary nursing care (Pringle & Doran, 2011).

We think that it's important understanding what was done to know about nursing sensitive outcomes. So, it's essential to identify the instruments that were used to clarify the nurse roles and measure the nursing-sensitive outcomes.

This systematic literature review allows to know and analyze the instrument users to evaluate the quality of nursing care and specially the nursing-sensitive outcomes. By sensitive we mean responsive to nursing intervention, like Doran & Sidani (2007, Mar).

We agree with Pringle and Doran (2003, p. 10) when they say “There is merit to using established scales if they exist and are valid for assessing the outcomes of interest. This practice is recommended for all research…” results can be compared with similar and different population represented in other studies.

The aim of the systematic review reported here is to Identify and analyze the instruments used to measure nursing-sensitive outcomes.

METHODS

This study was part of a larger systematic review that included all research studies (both quantitative and qualitative) in which nursing sensitive outcomes were analyzed. The electronic databases searched included CINAHL; EBSCOhost; Nursing & Allied Health Collection; ERIC; MEDLINE; British Nursing Index; Cochrane Collection (Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)); Academic Search Complete; NHS Economic Evaluation Database; MedicLatina; Business Source Complete; Library, Information Science & Technology Abstracts and included publications over the past 12 years, 2001 to the end of December, 2012.

We used a combination of subject terms and specific key words, like Pringle and Doran (2003). The Keywords were the relevant to the outcomes under review, like functional status, pain, nausea, fatigue and self-care.

The subject terms that we use were: “nursing-sensitive”; “patient outcomes”, “management”; “leadership”; “patient satisfaction” and “nurse satisfaction”.

Inclusion criteria

The search was conducted by selection of “Boolean”, “reference available”, last twelve years (2001 -2012), “also search within the full text of the articles”, “abstract” and age ≥ 19 years.

Exclusion criteria

The exclusion criteria were the setting where the study occurred, such as Home/community health care (3 articles), Mental/Psychiatric health care (3 articles) and pediatric health care (1 article).

We selected the articles where the data search was made by questionnaire. So we got 25 papers (table1).

Table 1 – Papers with questionnaire by Key words and subject terms

Key words/Subject terms	Papers
"Functional status"	9
"Pain"	10
"Nausea"	5
"Fatigue"	7
"self-care"	7
"Management"	19
"Leadership"	13
"patient satisfaction"	10
"nurse satisfaction"	6

RESULTS

The systematic literature review allowed to obtain 31 different surveys (table 2).

Frequently the same article applies more than one survey. Some of the surveys are repeated.

"The Practice Environment Scale of Nursing Work Index" it was the most applied instrument, seven times.

Table 2 - Instruments identified

Instruments	**N**	**Cronbach α overall/ range subscales**	**Psychometric properties; Construct validity**
Practice Environment Scale of Nursing Work Index –PESNWI (Lake, 2002)	7	.71; .94	x
Conditions for Work Effectiveness Questionnaire-II – CWEQII (Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2001)	3	.92	x
Index of work Satisfaction – IWS (Stamps, 1997)	1	.35 - .90	x
Nyberg's Caring Assessment Scale - NCAS (Nyberg, 2004)	1	.80 - .97	___
Job enjoyment subscale of Nursing Job Satisfaction Scale – JES (Atwood & Hinshaw, 1980)	1	.86	x
Maslach Burnout Inventory - MBI (Maslach, Jackson & Leiter, 1996)	1	.78 - .91	x
Professional Commitment Questionnaire – PCQ (Lachman & Aranya, 1986)	1	.87	x
Work Morale Scale – WMS (Hsu, 1981)	1	.87	x
Charlson Comorbidity Index -CCI (Charlson, Pompei, Ales & MacKenzie, 1987)	1	___	___
Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes Q-DIO (Muller-Staub, Needham, Odenbreit, Lavin, & van Achterberg, 2008, Aug)	1	.90 - .99	___
Desired Health Outcomes –DHOs - (Radwin, Washo, Suchy, & Tyman, 2005)	1	.71 - .81	x
Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale -OPPQNCS (Radwin, Alster, Rubin, 2003)	1	.87 - .95	x
Patient-Centered Comprehensive Care -PCC (Sidani *et al*. 2006)	3	.88;.80;.89	x

Brief Pain Inventory –BPI SF (Cleeland *et al.*, 1996)	2	.77-.91	___
Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain – NKASRP (Ferrell, McGuire, Donovan, 1993)	2	.70	x
Pain Competency Evaluation -PCE (City of Hope, 2006)	1	___	___
Pain Reassessment Data Tool- PRDT (Idell, Grant, & Kirk, 2007, May)	1	___	___
Patient Pain Questionnaire -PPQ (Ferrell, 1994)	1	.74	x
La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale - LOPSS (Yang, 2002)	1	0.96–0.97	X
Nursing-Sensitive Patient Satisfaction Scale – NSPSS (Yang, 1997)	1	.90	x
Patient Judgment of Hospital Quality Questionnaire - PJHQQ (Rubin, Ware, Nelson & Meterko, 1991)	3	.83	x
Schmidt Perception of Nursing Care Survey - SPNCS (Schmidt, 2004)	1	.84 - .92	___
Service Quality Scale – SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1994)	1	.86 - .93	x
36-Item Short-Form Health Survey – SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992)	4	.70 - .90	x
Breast Cancer Treatment Response Inventory – BCTRI (Budin & Hoskins, 2000; Cartwright-Alcarese, 2005)	1	.64 - .72	x
Depression and Cognitive Performance Scales – MDS (Hirdes *et al*., 1999)	1	.88 -.91	___
Numeric Rating Scale –NRS	2	___	x
Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching Press Ganey Inpatient Survey – INVR (Rhodes & McDaniel, 1999)	1	.94	x
State-Trait Anxiety Index – STAI (Kim & Shin, 1978)	1	0.91–0.94	x
Symptom Distress Scale -SDS (McCorkle & Young, 1978)	1	.85	___
Therapeutic self -care Scale -TSC (Sidani, 2003)	3	.85	x

We can identify three groups of instruments: reported to nurses, nurses and patients and patients.

The instruments reported to nurses focused on conditions of environment and organizational characteristics where the nurses work (8 instruments).

The PESNWI allows to evaluate nurses' perceptions of the presence of organizational characteristics in their hospitals, like nurse participation in hospital affairs; nursing foundations for quality care; nurse manager ability, leadership, and support of nurses; staffing and resource adequacy; and collegial nurse-physician relations (Kutney-Lee, Lake, & Aiken, 2009, Apr). A recent critical review concluded that the PESNWI was the preferred instrument for measurement of the organization of nurses' work (Bonneterre, Liaudy, Chatellier, Lang, & Gaumaris, 2008; in Patrician, Shang , & Lake, 2010, Apr).

The CWEQ-II allows to measure the "workplace empowerment" with the dimensions of opportunity, information, support, resources, job activities, and organizational relationships. It measures Kanter's concept of empowerment (Manojlovich & DeCicco, 2007, Nov).

Three instruments evaluated nurses' satisfaction: Index of Work Satisfaction, Job Enjoyment Subscale of the Nursing Job Satisfaction Scale and Nyberg's Caring Assessment Scale.

The IWS enhanced autonomy, pay, professional status, interaction with other nurses and interaction with physicians, task requirements and organizational policies (Manojlovich & Laschinger, 2007). The JES is an affective measure of the degree to which nurses like their job. The NCAS measure the interrelationship between human caring and the economics of hospital environment and about their immediate supervisor (Wade *et al*., 2008).

The Other three instruments, MBI, PCQ and WMS enhanced the factors allied with nurses characteristics, like, emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment (Patrician, Shang , & Lake, 2010, Apr); professional goals and values (Teng *et al*., 2009) and job involvement and group cohesiveness (Yang & Huang, 2005, Jun).

The CCI allows to assess the illness severity. It's a widely used 19-item weighted index that takes into account the number, type and severity of the patient's illnesses (Radwin, Cabral & Wilkes, 2009, Feb).

The Q-DIO encompasses four concepts: nursing diagnoses as process, nursing diagnoses as product, nursing interventions and nursing sensitive patient outcomes (Muller-Staub, Needham, Odenbreit, Lavin, & van Achterberg, 2008, Aug).

The second group of instruments eliciting individualization of care and preferences of patient like DHOs, OPPQNCS and PCC. They reported either nurse or patient.

The DHOs allows to assess outcomes of nursing care: authentic self-representation, trust, optimism, fortitude, and sense of well-being (Radwin, Cabral, & Wilkes, 2009, Feb).

The OPPQNCS allows to operationalize "Patient Centered Nursing Intervention" and contains four subscales: "responsiveness", "individualization", "coordination" and "proficiency" (Radwin, Alster, & Rubin, 2003, Mar-Apr).

The PCC is used to indicate the extent to which nurses encourage patients' participation in care and individualized care, with the anchors 'not at all' and 'very much so'. Contains five dimensions: "attendance to patients' needs", "resolution of patients' health-related problems", "provision of care according to patients' preferences", "education", and counseling"(Sidani *et al*., 2000) .

The third group of instruments analyzes the outcomes of nursing care and reported to patients.

Various instruments (5) are particularly applied with patients with cancer, specially the patient outcome pain.

The BPI-SF allows evaluate pain severity and the impact of pain on function. It includes a total of 15 items that record pain intensity and interference (with 0 representing *no pain or no interference* and 10 representing *pain as bad as you can imagine or completely interferes)* (Dulko, Hertz, Julien, Beck, & Mooney, 2010, Jan).

The NKASRP is based on national and international standards of pain management and is used widely as an evaluation measure for education programs on pain management. The content includes aspects of pain assessment or reassessment pharmacologic and no pharmacologic interventions (Idell, Grant, & Kirk, 2007, May).

The PCE consisted in one item on pain reassessment that was a part of an annual performance evaluation used at the institution for all nurses (Idell, Grant, & Kirk, 2007, May).

The PRDT consists of 11 questions used to audit charts for pain reassessment documentation. Items were selected from an existing documentation audit tool used at the institution for quality assurance studies on pain management (Idell, Grant, & Kirk, 2007, May).

The tools, PCE and PRDT, come into view on one article with the NKASRP which aim is to improve nursing pain reassessment practices. The authors consider that pain management requires a complex, dynamic, and fluid series of assessments, interventions, and reassessment to maximize pain relief (NCCN – National Comprehensive Cancer Network Guidelines, 2004, in Idell, Grant, & Kirk, 2007, May).

The PPQ is a 16-item scale that measures a patient's knowledge ("Cancer pain can be effectively relieved," and "Pain medications should be given only when pain is severe") and experience ("How much pain are you having now?" and "How distressing is the pain to you?") in managing chronic cancer pain (Coleman, *et al*., 2009, Apr).

Relative to patient satisfaction with care we found 5 different instruments and all of them evidence that, like a dimension enhanced of quality of care.

The LOPSS was specially created to measure satisfaction among patients with cancer. This scale evaluates three areas of caregiver characteristics: technical skill, education and trustworthiness (Kim, 2011, Oct).

The NPSS, which contains 39 items grouped into six dimensions: art of care, technical skill, environmental control, care accessibility, continuity and care effectiveness (Yang & Huang, 2005, Jun).

The PJHQQ Included 106 items; 46 items asking patients to evaluate hospital care. The remainder question is about demographic data, circumstances of hospital stay, behaviors

intentions, overall quality of care and satisfaction with care (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002, Apr).

The SPNCS is an empirically derived measure based in a grounded theory study of patients' experiences with receiving nursing care while hospitalized (Schmidt, 2004). The measure consists of four subscales: Seeing the Individual Patient, Explaining, Responding, and Watching Over (Teng, *et al*., 2009).

The SQS defined service quality as comprising reliability, responsiveness, assurance, empathy, and tangibles (Teng, *et al.,* 2009).

The other instrument that we identified are relative other patient outcomes.

The SF-36 is a relevant subscales of the Medical Outcomes Study acute version. It included 36 items that assess dimensions, like: physical functioning, role limitations caused by physical problems, bodily pain, general mental health, vitality, role limitations caused by emotional problems and social functioning (Poochikian-Sarkissian, Sidani, Ferguson-Pare, & Doran, 2010). This instrument was judged to be the most widely evaluated generic patient assessed health outcome measure and the appropriate tool for demonstrating the effectiveness of the nursing service of the advanced practice (Kim, 2011, Oct.).

The BCTRI consisted of a yes/no checklist of side effects or symptoms associated with breast cancer treatments that allows rating the severity and distress associated with each on a Likert scale of 0 (absence) to 3 (greatest amount) (Budin, Cartwright-Alcarese, & Hoskins, 2008).

The MDS were assessed functional status that was conceptually defined as the level at which a person is functioning in activities of daily living (Doran, 2003). This instrument assess independence in mobility, locomotion, dressing, eating, toileting, hygiene, and bathing (Doran, *et al.,* 2006, Feb).

The NRS may use different outcomes like pain and fatigue. It's a 10-point scale ranging from 0 (no pain/fatigue) to 9 (very severe pain/fatigue beyond imagination) (Kim, 2011, Oct).

The INVR is an eight-item self-report instrument that elicits information about the total experience of nausea, vomiting, and retching as well as the occurrence and related distress of individual symptoms (Coleman, *et al*., 2009, Apr).

The STAI was used to identify anxiety level. The instrument included 20 questions on a four-point Likert scale (Kim, 2011, Oct.).

The SDS comprises items assessing nausea, appetite, insomnia, pain, mobility, fatigue, bowel pattern, fever, and shortness of breath (Poochikian-Sarkissian, Wennberg, & Sidani, 2008).

The TSC contains 12 items assessing patients' perceived ability to take medications as prescribed, recognize and manage symptoms, perform and adjust regular activities, and manage changes in condition. The TSC is defined as the practice of individuals to promote, maintain, or enhance health, prevent illness, detect and manage symptoms, and restore functioning (Sidani, 2003).

DISCUSSION

The Nursing Role Effectiveness Model (Irvine, *et al.,* 1998) is composed of three dimensions: structure, process and results. We found thirty one instruments that allow the characterization and analysis of the nursing-sensitive outcomes. By analyzing the instruments identified, we can conclude that these are related to the three dimensions inherent to assessing the quality of nursing care, structure, process and results, as provided on the Nursing Role Effectiveness Model (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998).

Within the structure dimension, the instruments that we identified analyze organizational factors such as the nursing work environment, management and leadership models, as well as, nurses' related factors, particularly nurses' satisfaction (PESNWI, CWEQII). This group of instruments are related to nurses.

Another group of instruments are included in the Process dimension. These explore, for instance, nursing intervention in what concerns the centrality and individualization of care, the response to patients' needs, preferences and wishes, patients' involvement in care and patients' empowerment (Q-DIO; DHOs e PCC). These instruments are designed to nurses and patients.

In what concerns the third dimension, Results, the instruments found access patients satisfaction with the provided care (PJHQQ), pain (BPI), functional status (SF-36 e MDS) and therapeutic self-care (TSC), and, these are exclusively directed to patients.

CONCLUSIONS

With this systematic literature review we obtained thirty one different instruments and some of them were applied repeatedly throughout different studies. The majority of the papers referred to more than one instrument, specifically, only 8 papers studied applied only one instrument. Most instruments reported here respect the concern of validity (e.g. factor analysis, known-group approach) and also comprise psychometric properties through homogeneity.

It seems evident, based upon Irvine *et al.* (1998) Nursing Role Effectiveness Model, that dimensions related to the concepts approached before, such as structure, process and outcomes, are crucial for the evaluation of the quality of care.

The systematic literature review elaborated allowed firstly the identification and characterization of the instruments used to measure nursing sensitive outcomes, and its subsequent analysis. Through such analysis it may be concluded that the identified instruments reply to the different dimensions intrinsic to nursing quality of care evaluation.

The instruments which simultaneously respect the statistical requirements, such as strong internal evidence and good psychometric properties, which are most frequently applied and which allow answering the requirements inherent to nursing care evaluation should be emphasized. Thus, it may be concluded that:

- ✓ The PES-NWI was the most applied instrument and it allows the organization structure characterization.
- ✓ The PCC is part of the process of nursing care delivery quality.
- ✓ The SF-36, the TSC and the PJHQQ allow the characterization of nursing care outcomes.
- ✓ The pain vas the most nursing sensitive outcome evaluated.

REFERENCES

Budin, W., Cartwright-Alcarese, F., & Hoskins, C. N. (2008). The Breast Cancer Treatment Response Inventory: development, psychometric testing, and refinement for use in practice. *Oncol Nurs Forum 35(2)*, pp. 209-215.

Coleman, E.A., Coon, S. K., Lockhart, K., Kennedy, R. L., Montgomery, R., Copeland, N., McNatt, P.; Savell, S.; Stewart, C. N. (2009, Apr). Effect of certification in oncology nursing on nursing-sensitive outcomes. *Clin J Oncol Nurs, 13(2)*, pp. 165-172.

Doran, D. M. (2003). Functional status. In Doran, D. M. (Ed) (2003). *Nursing-Sensitive Outcomes. State of the Science.* Sudbury M A: Jones & Bartlett Publishers.

Doran, D. & Sidani, S. (2007, Mar). Outcomes-focused knowledge translation: a framework for knowledge translation and patient outcomes improvement. *Worldviews Evid Based Nurs, 4(1)*, pp. 3-13.

Doran, D., Harrison, M. B., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., Hall, L. M., Tourangeou, A. E., Granley, L. (2006, Feb). Relation between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Res Nurs Health, 29(1)*, pp. 61-70.

Doran, I. D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002 Apr). An empirical test of the Nursing

Role Effectiveness Model. *J Adv Nurs, 38(1)*, pp. 29-39.

Dulko, D., Hertz, E., Julien, J., Beck, S., & Mooney, K. (2010, Jan). Implementation of cancer pain guidelines by acute care nurse practitioners using an audit and feedback strategy. *J Am Acad Nurse Pract , 22(1)*, pp. 45-55.

Idell, C., Grant, M., & Kirk, C. (2007, May). Alignment of pain reassessment practices and National Comprehensive Cancer Network guidelines. *Oncol Nurs Forum, 34(3)*, pp. 661-671.

Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nurs Econ 16(2)*, pp. 58-64.

Kim, M. Y. (2011 Oct). Effects of Oncology Clinical Nurse Specialists' Interventions on Nursing-Sensitive Outcomes in South Korea. *Clin J Oncol Nurs 15 (5)*, pp. E66-74.

Kutney-Lee, A., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2009, Apr). Development of the hospital nurse surveillance capacity profile. *Res Nurs Health, 32(2)*, pp. 217-228.

Manojlovich, M., & DeCicco, B. (2007, Nov). Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcome. *Am J Crit Care, 16(6)*, pp. 536-543.

Manojlovich, M., & Laschinger, H. (2007). The Nursing Worklife Model: extending and refining a new theory. *J Nurs Manag, 15*, pp. 256-263.

Mitchell, P.H., & Lang, N.M. (2004). Framing the Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality. Has the Quality Outcomes Model Been Useful? *Medical Care*, 42(2), pp.111-114.

Muller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2008, Aug). Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *J Adv Nurs , 63(3)*, pp. 291-301.

Patrician, P., Shang, J., & Lake, E. T. (2010, Apr). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among Army Medical Department registered nurses. *Res Nurs Health, 33(2)*, pp. 99-110.

Poochikian-Sarkissian, S., Sidani, S., Ferguson-Pare, M., & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Can J Neurosci Nurs, 32(4)*, pp. 14-21.

Poochikian-Sarkissian, S., Wennberg, R. A., & Sidani, S. (2008). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes on a neuroscience unit: a pilot project. *Can J Neurosci Nurs, 30(2)*, pp. 14-19.

Pringle, D. & Doran, D. M. (2003). Patient outcomes as an accountability. In Doran, D. M. (Ed) (2003). *Nursing-Sensitive Outcomes. State of the Science.* Sudbury M A: Jones & Bartlett

Publishers.

Pringle, D. & Doran, D. M. (2011). Patient outcomes as an accountability. In Doran, D. M. (Ed) (2011). *Nursing-Sensitive Outcomes. State of the Science.* 2nd ed. Sudbury M A: Jones & Bartlett Publishers.

Radwin, L., Alster, K., & Rubin, K. M. (2003, Mar-Apr). Development and testing of the oncology patients' perceptions of the quality of nursing care scale. *Oncol Nurs Forum, 30(2)*, pp. 283-290.

Radwin, L., Cabral, H. J., & Wilkes, G. (2009, Feb). Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Res Nurs Health, 32(1)*, pp. 4-17.

Sidani, S. (2003). Self-care. In Doran, D. M. (Ed), *Nursing-sensitive outcomes. State of the Science* (pp. 65-114). Subbury M A: Jones & Bartlett Publishers.

Sidani, S., Doran, D. M., & Mitchell, P. H. (2004). A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. *J Nurs Scholarsh, 36(1)*, pp. 60-65.

Sidani, S., Irvine, D., Porter, H., O'Brien-Pallas, L., Simpson, B., McGillis Hall, L., Redelmeir, D. (2000). Practice patterns of acute care nurse practitioners. *Can J Nurs Leadersh, 13(3)*, pp. 6-12.

Teng, C., Dai, Y., Shyu, Y. L., Wong, M., Chu, T., & Tsai, Y. (2009). Professional commitment, patient safety, and patient-perceived care quality. *J Nurs Scholarsh, 41(3), 301-309*, pp. 301-309.

Wade, G.H., Osgood, B., Avino, K., Bucher, G., Bucher, L., Foraker, T., French, D., Sirkowski, C. (2008, Nov). Influence of organizational characteristics and caring attributes of managers on nurses' job enjoyment. *J Adv Nurs , 64(4)*, pp. 344-353.

Yang, K. (2003, Sep). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *J Nurs Res, 11(3)*, pp. 149-157.

Yang, K., & Huang, C. (2005, Jun). The effects of staff nurses' morale on patient satisfaction. *J Nurs Res, 13(2)*, p. 141-152.

FOCUS GROUP NA INVESTIGAÇÃO EM CONTEXTOS MULTICULTURAIS DE CUIDADOS

Alcinda Reis[1] & Arminda Costa[2]

[1] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS
[2] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS)/Universidade do Porto/ Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO

A mobilização de *focus group* enquanto técnica de investigação em contextos multiculturais de cuidados com participantes imigrantes e enfermeiros, permitiu-nos a obtenção de um vasto conjunto de dados relacionados com eixos concetuais: comportamentos de saúde e doença e perceção e avaliação de serviços de saúde. Estes eixos revelaram-se estruturadores da coerência da prática clínica dos enfermeiros, no estudo desenvolvido.

Visámos com a discussão em *dois focus group* distintos, a validação e a reinterpretação dos sentidos atribuídos por imigrantes e enfermeiros face ao fenómeno da construção das competências culturais nestes profissionais. Propusemo-nos: analisar o contributo dos *focus group* para a caraterização de cuidados culturais partindo da visão do mundo de enfermeiros e imigrantes. Baseámo-nos em categorias de semelhança e de contraste emergentes em fases anteriores de análise dos dados – observação participativa, entrevistas etnobiográficas e narrativas escritas, no âmbito do estudo qualitativo e etnográfico desenvolvido.

Conclusões: No grupo dos imigrantes surgiu enfatizado o uso do humor pelos enfermeiros como ajuda concreta, fortalecendo a relação entre quem cuida e quem é cuidado e a perda de medos pelas crianças. No grupo dos enfermeiros emergiu a presença destas, conotada com o aumento da probabilidade de chegar mais rápido e mais perto dos pais imigrantes.

Palavras-chave: *focus group*; competência cultural; enfermeiros; imigrantes

ABSTRACT

The mobilization of *focus group* while investigative technique in multicultural contexts of immigrant care and nurses as participants, allowed us to obtain a wide range of data related to conceptual axes of health behaviors and disease and lack and evaluation of health services. These axes structured the coherence of the clinical practice of nurses in the study we developed.

We wanted with the discussion in two separate *focus group, the* validation and the reinterpretation of the meanings assigned by nurses and immigrants face to the phenomenon of the construction of cultural competencies from professionals: we feature the worldview of the two types of participants, based on specific developed planning. We worked with categories of similarity and contrast emerging in previous phases of the data analysis – participatory observation, ethnobiographical interviews and written narratives, in the framework of qualitative and ethnographic study developed.

Conclusions: in the group of immigrants the use the mood by the nurses in care, emerged as a concrete help, strengthening the relationship between who cares and who's care and the loss of fears for children.

In the group of nurses the presence of children emerged connote the increased likelihood of getting faster and closer to the immigrant parents.

Keywords: *focus group***;** cultural competence; nurses; immigrants

INTRODUÇÃO

A multiculturalidade nas unidades de saúde em Portugal, vivenciada pelos profissionais de saúde e as dificuldades manifestadas pelos enfermeiros para o planeamento de cuidados com pessoas imigrantes, nomeadamente em cuidados de saúde primários, constituíram-se como estímulos para o estudo que desenvolvemos.

Procurámos a interpretação do processo de construção de competências culturais nos enfermeiros, em contextos de cuidados a imigrantes.

Delimitámos as seguintes dimensões nesta investigação: contributo dos enfermeiros para as transições vivenciadas pelos imigrantes nos processos de saúde-doença; sentidos atribuídos por enfermeiros e sujeitos imigrantes, em interações e cuidados; estratégias para a construção de uma relação terapêutica entre enfermeiros e imigrantes e recursos contributivos para a diminuição de constrangimentos na intervenção clínica de enfermagem.
O processo de investigação foi desenvolvido com orientação etnográfica, em contextos de cuidados de enfermagem à população imigrante – uma unidade de saúde familiar e duas unidades de cuidados na comunidade.

Envolvemos cinquenta e dois participantes: vinte e três enfermeiros, uma mediadora cultural, um médico e vinte e sete pessoas imigrantes.

Mobilizámos a observação participante, narrativas escritas e entrevistas etnobiográficas e ainda dois *focus group* enquanto métodos de produção de dados. Neste artigo focar-nos-emos nas potencialidades destes grupos, na especificidade da caraterização dos cuidados produzidos pelos enfermeiros a pessoas imigrantes. Definimos como objetivo: Analisar o contributo dos *focus group* para a caraterização de cuidados culturais partindo da visão do mundo de enfermeiros e imigrantes.

MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Planeamento e operacionalização dos grupos

Planeámos cada um dos *focus group* com discriminação das questões de contraste, categorias e *clusters* – conjuntos de atributos – que havíamos obtido com as outras técnicas de recolha de dados mencionadas. Confrontámo-nos nos dois grupos com a nossa perspetiva "etic", interpretativa dos factos anteriormente observados e analisados (pelas técnicas já mencionadas), com a perspetiva "emic" dos sujeitos que os vivenciam, como nos sugerem diferentes autores (LEININGER, 1994, 1997, 1998; SILVEIRA, MARTINS, LUNARDI e FILHO, 2009).

Ao devolvermos os dados analisados aos dois tipos de participantes nos grupos, procurámos simultaneamente a validação das interpretações feitas e a saturação dos dados, concretizada com as informações redundantes obtidas. Fizemo-lo estimulando respostas inicialmente a questões gerais e progressivamente mais focadas na problemática em estudo (TONG, SAINSBURY e CRAIG, 2007; BRYMAN, 2012), baseadas na identificação anterior de padrões de semelhança e de contraste e nos respetivos significados culturais intra e inter grupos de participantes (SPRADLEY, 1980).

Ao procurarmos a clarificação da opção por esta técnica, relevámos a importância do investigador qualitativo dever mobilizar no seu "cerne", as potencialidades do ato de observar as pessoas em interação, agindo como catalisador do confronto de ideias e experiências (GAUTHIER, 2003). Acreditámos que deste confronto surgiria para nós como investigadora, a possibilidade de obter novos dados que confirmariam, infirmariam ou complementariam, a análise anterior em resposta ao objeto de estudo definido – construção das competências culturais nos enfermeiros – visando a caraterização dos "padrões culturais" da cena cultural: interação e cuidados entre enfermeiros e imigrantes.

Aquando da seleção dos dois diferentes grupos de discussão e da sua calendarização, tivemos em conta que estes eram momentos de observação e discussão desenvolvidos em contextos artificialmente criados por nós enquanto investigadora. Neste sentido deveríamos valorizar a nossa "aprendizagem" no que se referia à maior rentabilização das suas vantagens, também descritas por GEOFFRION, tais como poder fazer-nos adequadamente "compreender o porquê das coisas" (2003, p.324). Refletindo sobre o nosso papel na utilização deste tipo de técnica de pesquisa e sabendo das possibilidades apontadas por BURGESS (1997), de que poderíamos facilmente influenciar a produção dos dados no terreno, optámos por calendarizar em primeiro lugar o grupo de discussão dos enfermeiros. Considerámos que neste a nossa presença seria mais facilmente conotada com a cultura "indígena", favorecendo-nos uma mais rápida apropriação da realidade social destes participantes e a possibilidade de ser posteriormente rentabilizada com os sujeitos imigrantes, tal como apontaram HOULE (2003) E BRYMAN (2012).

Sabendo da necessidade de que cada participante se "percebesse" na sua cultura de acordo com a perspetiva de PURNELL (2011), individualmente e em contexto coletivo e uma vez que nos interessou clarificar as especificidades, semelhanças e contrastes apontadas pelos diferentes tipos de participantes, definimos na perspetiva do mesmo autor e de acordo com a problemática do estudo, uma questão – base para cada um dos grupos:

- Grupo dos enfermeiros "até que ponto se reconhecem como construtores das vossas competências culturais quando cuidam de pessoas imigrantes?"
- Grupo dos imigrantes "até que ponto os enfermeiros vos ajudam nos processos de saúde e de doença?"

Procurámos obter o número de elementos integrantes para os grupos de discussão, entre seis e doze elementos – planeando aceitar um mínimo de quatro como apontaram GEOFFRION (2003) e BRYMAN (2012) – ponderando eventuais dificuldades de captação dos

imigrantes para este momento, uma vez que se deslocariam à unidade de saúde com este objetivo específico. Solicitámos de acordo com os princípios éticos definidos o preenchimento do consentimento informado, e para o seu registo em suporte digital, enfatizando a confidencialidade dos dados produzidos e o anonimato dos participantes.

Posteriormente transcrevemos na íntegra os diferentes discursos durante a discussão, visando a identificação e análise dos temas culturais que pretendíamos, de acordo com a proposta de SPRADLEY (1980), com a mobilização de diferentes frases significativas.

Planeámos a fase de análise dos dados, referente aos grupos de discussão, visando a clarificação das categorias de semelhança e de contraste e dos seus significados. Fizemo-lo como referimos, planeando dois *focus group* (um para enfermeiros e um para imigrantes). Procurámos a validação e a reinterpretação dos dados pelos dois tipos de participantes, no sentido enfatizado por LeCOMPTE (1995) de que as questões colocadas permitissem a obtenção de dados de forma ativa e redundante, para a clarificação do fenómeno em estudo.

O planeamento destes dois *focus group* corporizou-se assim a partir da análise componencial (SPRADLEY, 1980), que resultou da reflexividade sobre as referidas categorias de semelhança e de contraste identificadas nesta fase, na procura dos respetivos significados culturais entre enfermeiros e imigrantes.

Tivemos em mente, na opção pelos grupos de discussão, que tal como referiram LeCOMPTE e PREISSLE (1994), nem todos os participantes teriam presentes os "elementos culturais" de que são detentores. Concordando com esta afirmação, perspetivávamos com especial interesse, se acaso obtivéssemos (uma vez colocadas as questões nos grupos), respostas tais como "sim, nunca tinha pensado nisso antes, mas é como nós sempre fazemos"(LeCOMPTE e PREISSLE, 1994, p. 146). Esta perspetiva colocou-se uma vez que estas nos assegurariam o desejável reforço na interpretação e validação dos dados previamente analisados, para posterior identificação dos padrões da cena cultural do fenómeno em estudo.

Baseámo-nos em LeCOMPTE (1995), para a elaboração da estrutura de dois diferentes guiões de registo (para enfermeiros e imigrantes), associando a planificação dos procedimentos de recolha de dados nos grupos de discussão com uma matriz baseada em questões-estímulo de âmbito mais genérico. Estas foram desdobradas em outras –

resultantes do tratamento prévio do *corpus* das narrativas de ambos os tipos de sujeitos, entrevistas (sistemas de categorias), e da análise taxionómica desenvolvida a partir dos dados do período de observação participante focalizada.

Alicerçámo-nos na orientação conceptual do modelo de competências culturais de CAMPINHA-BACOTE (2003, 2010, 2011), com os construtos: consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural, encontro cultural e desejo cultural, para o grupo dos enfermeiros, e nas dimensões – perceção, consciência e padrões de resposta, do conceito de transição saúde-doença para os imigrantes, identificadas por por MELEIS, SAWYER, IM, MESSIAS, HILFINGER e SCHUMACHER (2000).

Aquando da seleção dos dois diferentes grupos de discussão e da sua calendarização, tivemos ainda em conta que estes eram momentos de observação e discussão desenvolvidos em contextos artificialmente criados por nós enquanto investigadora.

No que concerne à operacionalização dos dois *focus group,* ao contrário do que havíamos planeado, o agendamento do dia e hora previstos para um e outro foi, por necessidade dos participantes enfermeiros alterado, embora as marcações se tivessem mantido para o mesmo dia para ambos. Desta forma ocorreu no período da manhã o grupo dos imigrantes e o grupo dos enfermeiros no período da tarde.

Na sequência de contatos feitos pelos enfermeiros da unidade de saúde familiar, e tendo sido por eles previamente explicados (a nosso pedido), os objetivos do estudo e da discussão em grupo planeada, compareceram voluntariamente quatro imigrantes: duas mulheres brasileiras jovens (com perto de trinta anos), imigrantes em Portugal há cinco e dez anos respetivamente (ambas haviam sido mães há menos de um ano); e um casal de romenos, na década dos trinta anos, em Portugal há dez anos, encontrando-se a mulher no final do período de gravidez, correspondendo ao número mínimo que havíamos planeado.

Foi-nos portanto previamente facilitado este acesso ao campo, como havia acontecido anteriormente, pelos respetivos enfermeiros de família dos imigrantes presentes, que tal como referem BOGDAN e BIKLEN (2010) nos "desbravaram o caminho", com uma captação eficaz destes sujeitos para o momento da discussão em grupo. Sentimos desta forma na realidade social destas unidades de saúde, a figura dos enfermeiros, mais uma vez como *gatekeepers*, uma vez que nos franquearam as "portas" para os imigrantes, ultrapassando a eventualidade de uma captação menos eficaz destes participantes (HAMMERSLEY e ATKINSON, 2007).

Da especificidade das questões éticas colocadas nos *focus group* desenvolvidos

Nas situações dos grupos de discussão, comprometemo-nos como se nos impunha como investigadora e enfermeira, a respeitar plenamente:

- O sigilo e a privacidade na recolha de dados em todos os métodos utilizados, bem como o anonimato dos diferentes intervenientes em interação e nos cuidados. Fizemo-lo nos momentos iniciais de contato com os sujeitos, recorrendo à clarificação e preenchimento do termo de consentimento informado com cada um deles tal como propôs CRÊTE, entendendo este como "a ideia de que o sujeito eventual deve ter bastante informação – sobre o que lhe será pedido e para que fins esta informação será usada" (2003, p.243).

Comprometemo-nos com todos os participantes nos *focus group*, com o absoluto respeito pela sua liberdade individual e intimidade, de acordo com o artº 86º do CÓDIGO DEONTOLÓGICO do ENFERMEIRO (ORDEM dos ENFERMEIROS, 2009) "do respeito pela intimidade", com o rigor no tratamento dos dados que já referenciámos. Acordámos com todos eles sobre o cumprimento dos seguintes princípios:

- Em qualquer dos momentos de colheita de dados haveria lugar a interrupção, se tal vontade fosse manifestada, de forma direta ou indireta (quer no caso de imigrantes, quer no de enfermeiros).
- Se registássemos qualquer manifestação de indecisão ou não adesão aos momentos de desenvolvimento das técnicas de investigação referidas, não avançaríamos com a recolha de dados. Contudo nenhuma das situações se verificou na operacionalização desta técnica.

***Focus group* com imigrantes**

No dia agendado encontrámo-nos na Unidade de Saúde Familiar, numa sala à volta de uma mesa, em ambiente informal, antecedendo o momento da discussão com breves palavras de introdução em que nos apresentámos e solicitámos o mesmo aos integrantes do grupo (GEOFFRION, 2003).

Colocámos uma taça com doces à disposição de todos, para acentuar a informalidade do momento e convidar à partilha de ideias de forma mais descontraída, tal como propôs GEOFFRION (2003).

Em presença uns dos outros, todos se entreolharam inicialmente, com um fácies de curiosidade e aparentemente bem-humorado.

Percebemos que só o casal de romenos tinha uma relação prévia e congratulámo-nos pela concordância com o estatuto de "estranhos entre si", em relação aos outros momentos do grupo, o que na perspetiva de FLICK (2005) se tornava mais adequado à explicitação das ideias e complementariam, a análise anterior em resposta ao objeto de estudo definido – construção das competências culturais nos enfermeiros – visando a caraterização dos

"padrões culturais" da cena cultural: interação e cuidados entre enfermeiros e imigrantes.

Após a discussão desenvolvida, elaborámos o relatório em sustentação da profundidade do movimento interpretativo que pretendíamos (HAMMERSLEY e ATKINSON, 2007). Identificámos ainda as notas reflexivas e frases que considerámos significativas e complementares para confronto com a transcrição integral dos momentos de discussão com vista à caraterização dos padrões culturais e bem assim da visão do mundo dos participantes, posto que emergiram como fundamentais à clarificação da construção das competências culturais nos enfermeiros.

No quadro seguinte apresentamos algumas notas reflexivas, ilustrando a forma como fomos torneando dificuldades pontuais no registo dos dados e na condução do grupo, posto que nos norteámos pela importância de animar o debate e de identificar os significados atribuídos pelas pessoas aos temas que iam sendo discutidos (GEOFFRION, 2003; FLICK, 2005).

Quadro.I

Notas Reflexivas produzidas durante a Animação do Grupo de Discussão com Imigrantes

---

-No momento da apresentação, para quebrar o "gelo inicial" e para conquistar espaço de aproximação entre nós e os participantes, aludimos de forma bem-humorada ao fato dos nomes próprios dos quatro (inclusivamente do casal romeno),serem por coincidência também frequentes em Portugal.

-Sentimos que esta alusão veio reforçar a captação dos participantes para a discussão.
Para aceder à informação de forma dissociada da pessoa individual do enfermeiro A ou B ou de si mesmos (imigrantes), perguntámos também sobre "outros" imigrantes que talvez conhecessem, cujos exemplos pudessem ser mobilizados.

- Quando perguntámos se os "outros" também pensam como eles em relação aos cuidados de enfermagem, sentimos algum "alívio" traduzido numa maior espontaneidade de expressão dos participantes.

- Todavia pouco mudou o conteúdo da mensagem: "os enfermeiros em Portugal tratam melhor os imigrantes, por serem imigrantes; "se as coisas às vezes não correm tão bem com os cuidados de enfermagem, temos que pensar que também pode estar relacionado com a forma como os imigrantes se dirigem aos enfermeiros".

- Numa fase inicial (primeiros 10') sentimos alguma dificuldade de "desconstruir" a necessidade de dizerem que "tudo estava bem".

- À medida que o tempo foi decorrendo a interação no grupo tornou-se "mais leve"; "os doces" pareceram ajudar a possibilidade de se expressarem no momento de forma mais informal, surgindo reforçada a espontaneidade no discurso.

Focus group com enfermeiros

No dia e hora previstos encontrámo-nos com os sete enfermeiros que haviam confirmado a disponibilidade para o *focus group*: cinco da unidade de saúde familiar, onde fizemos observação participante e entrevistas, e dois das diferentes unidades de cuidados na

comunidade, cujas visitas domiciliárias acompanháramos desenvolvendo observação participante. Ao contrário dos integrantes do grupo anterior, sabíamos que, na linha de BURGESS (1997), nestes sujeitos os sentidos atribuídos às ações e aos acontecimentos sociais circundantes, resultavam de uma "confluência" da lógica organizacional dos seus contextos multiculturais de cuidados, com as suas lógicas de aprendizagem individuais. Tivemos em conta que a sua interpretação das questões colocadas e a estrutura das próprias interações no grupo, se por um lado asseguravam os critérios de "experiência, conhecimentos e capacidade intelectual", previstos por GEOFFRION como desejáveis, por outro lado e na linha do mesmo autor "as pessoas que se conhecem causam problemas particulares" (2003, p.329). Desta forma preparámo-nos com a adequada flexibilidade e criatividade previstas como necessárias de acordo com as circunstâncias da colheita de dados e movimento indutivo da investigação (BOGDAN e BIKLEN, 2010; STREUBERT e CARPENTER, 2013). Assumimo-nos como animadora propondo as apresentações prévias (duas das enfermeiras não se conheciam), agradecendo a presença no grupo, relembrando da confidencialidade dos dados, anonimato dos participantes e solicitando autorização para registo em suporte digital para posterior transcrição dos dados (BOGDAN e BIKLEN, 2010; GEOFFRION, 2003), tal como no grupo dos participantes imigrantes. Após breve introdução, lançámos a questão central – estímulo inicial da discussão: "Até que ponto se reconhecem como construtores das vossas competências culturais quando cuidam de pessoas imigrantes?".

Gerou-se algum constrangimento inicial, alicerçado na interpretação do conceito de "competências culturais", na sequência do que esperávamos da análise do material discursivo das entrevistas anteriores. Desta forma, por um lado validámos logo inicialmente a interpretação a este nível, mobilizando por outro a flexibilidade necessária na animação do grupo com a reformulação da questão (BOGDAN e BIKLEN, 2010; BRYMAN, 2012), contextualizando os participantes aos momentos das suas interações e cuidados com imigrantes. Tal como para o grupo anterior, identificámos os temas culturais obtidos em resposta aos objetivos definidos, desta vez formulados com base nos construtos enunciados por CAMPINHA-BACOTE (2003, 2010, 2011) para a construção das competências culturais nos enfermeiros.

RESULTADOS

A produção de dados com *focus group* integrando participantes com estas caraterísticas, revelou-se de um grande potencial interpretativo, contornadas as dificuldades com a necessária flexibilidade da investigadora, nomeadamente no que se referiu à influência de opiniões no grupo de alguns participantes, tal como identificou GEOFFRION (2003).

No grupo dos imigrantes o uso do humor pelos enfermeiros nos cuidados surgiu como ajuda concreta, fortalecendo a relação entre quem cuida e quem é cuidado e a perda de medos pelas crianças. A mobilização da sua presença por quem cuida e quem é cuidado surgiu como elemento constante nos discursos: da mesma forma no grupo dos enfermeiros a presença de crianças emergiu conotada com o aumento da probabilidade de chegar mais rápido e mais perto dos pais imigrantes, mesmo quando os sujeitos cuidados são os adultos da família.

No estudo que desenvolvemos, a opção de utilização de dois *focus group* – com enfermeiros e com imigrantes – deveu-se à perspetiva de que as situações de interação entre sujeitos ajudam na promoção de novas reflexões, ideias e perspetivas. Nesta lógica, procurámos adicionar às discussões produzidas, um caráter de aparente informalidade que a poderia favorecer, mantendo de acordo com GEOFFRION "um bom sentido de humor" e a capacidade de reduzir "tensões" (2003, p.342) com os participantes.

Contudo os aspetos enumerados no quadro anteriormente apresentado, respeitante ao desenvolvimento do *focus group* com participantes imigrantes, dão também conta da forma como fomos ultrapassando algumas limitações desta técnica de recolha de dados (FLICK, 2005; BRYMAN, 2012). No caso deste estudo prenderam-se sobretudo com a nossa conotação como investigadora mas também como enfermeira e à situação específica de vulnerabilidade destes sujeitos num país de acolhimento que não é originalmente o seu, cuja importância nos é apontada por diferentes autores (SILVA e MARTINGO, 2007; DURIEUX-PAILLARD, 2011; REIS e COSTA,2013).

CONCLUSÃO

A imprevisibilidade e a complexidade deste método colocaram-nos como investigadora diferentes necessidades de clareza: face ao respeito pelos princípios éticos cujo compromisso assumimos, aos objetivos de estudo a que nos propusemos e à possibilidade de que a nossa presença pudesse interferir na produção de dados pelos sujeitos, à semelhança da observação participante que desenvolvemos.

Referimos em síntese, que após utilização do *focus group* na investigação que desenvolvemos, concordamos com GEOFFRION (2003) no que concerne às potencialidades desta técnica, como facilitadora da compreensão do comportamento e das atitudes dos participantes em contextos multiculturais e bem assim do desenvolvimento profissional dos enfermeiros no que concerne à coerência cultural dos cuidados com imigrantes.

Deste modo, na especificidade da prática clínica de enfermagem com pessoas imigrantes, valorizamos a utilização de *focus group* e do seu potencial na rentabilização das sinergias criadas nas discussões em grupo, identificando-se elementos-chave e promovendo o desenvolvimento profissional contextualizado; consideramo-los assim como importante estratégia para o desenvolvimento das competências culturais nos enfermeiros, ao nível da sua consciência, conhecimento e motivação culturais.

BIBLIOGRAFIA

LEININGER, Madeleine. *Nursing and Antropology: Two worlds to blend*. Ohio, USA: Greyden Press. 1994.

LEININGER, Madeleine. *Enfermagem transcultural: imperativo da enfermagem mundial*. Enfermagem, 1997, vol. 10, nº 2, p. 32-36.

LEININGER, Madeleine. *Transcultural Nursing: concepts, theories and practices*, 2ª ed. New York, USA: McGraw Hill.1998.

SILVEIRA, Rosemary Silveira, MARTINS, Cleusa Rios, LUNARDI, Valéria Lerch e FILHO, Wilson Danilo Lunardi. *Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado*. Rev Bras Enf, 2009, vol. 62, nº 3, p. 442-446.

TONG, Allison, SAINSBURY, Peter e CRAIG, Jonathan. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus groups*. *Int J Qual Health Care*, 2007, vol *19, nº* 6, p. 349-357.

BRYMAN, Alan. *Social research methods.* 4th ed. New York, USA: Oxford University Press. 2012.

SPRADLEY, James. *Participant observation*. Orlando: Library of Congress Cataloging in Publication Data. 1980. ISBN 0-03-044501-9.

GAUTHIER, Benoît. *Introdução*. In Gauthier, B. (Dir.). In Investigação social: da problemática à colheita de dados. 3ª ed. Loures: Lusociência. 2003. p. 15-32.

GEOFFRION, Paul. *O grupo de discussão*. In Gauthier,B. (Dir.). In Investigação social: da problemática à colheita de dados. 3ª ed. Loures: Lusociência. 2003. p. 319-344.

BURGESS, Robert. *A pesquisa de terreno.* Oeiras, Portugal: Celta Editora. 1997.

HOULE, Gilles. *A história de vida ou a narrativa de prática*. In Gauthier, B. (Dir.), Investigação social: da problemática à colheita de dados. 3ª ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2003, p. 303-318.

PURNELL, Larry. *Models and theories focused on culture*. In Butts, Janie B. e Rich, Karen L. Philosophies and theories for advanced nursing practice. Hattiesburg: Jones e Bartlett Learning, 2011, p. 225-568.

LeCOMPTE, Margaret. *Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas*. Revista Electrónica y Evaluación Educativa, 1(1). Recuperado de http://www.uv.es/RELIEVE/v1/RELIEVEv1n1.htm. 1995.

LeCOMPTE, Margaret e PREISSLE, Judith. *Qualitative research: what it is, what it isn't and how it's done*. *JAI Press*, 1994, vol. *3*, p. 141-163.

CAMPINHA-BACOTE, Josepha. *Cultural desire: the key to unlocking cultural competence*. Transcultural C.A.R.E. Associates, 2003, vol. 42, nº 6, p. 239-240.

CAMPINHA-BACOTE, Josepha. *Campinha-Bacote's Philosophy on Teaching Cultural Competence: the F.I.R.M. model*. Recuperado de http://www.transculturalcare.net/AboutTCC.htm. 2010.

CAMPINHA-BACOTE, Josepha. *Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence*. OJIN, 2011, vol. 16, nº 2, p. 1-8.

MELEIS, Afaf Ibrahim, SAWYER, Linda M., IM, Eun-Ok, MESSIAS, DeAnne HILFINGER, SCHUMACHER, Karen. *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Proq Nurs J,* setembro, 2000, vol. 23, nº 1, p. 12-28.

BOGDAN, Robert e BIKLEN, Sari. *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos.* Tradução de M.J. Alvarez, S.B. Santos e T.M. Baptista. Porto: Porto Editora. 2010. ISBN 978-972-0-34112-9.

HAMMERSLEY, Martyn e ATKINSON, Paul. *Ethnography: principles in practice*. London, England: Routledge. 2007.

CRÊTE, Jean. *A ética em investigação social.* In Gauthier, B. (Dir.), Investigação social: da problemática à colheita de dados. 3ª ed. Loures: Lusociência. 2003. p. 233-254.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Código deontológico do enfermeiro. Estatuto da OE*. Anexo ao Decreto-Lei nº 111/2009 de 16 de setembro. Lisboa, Portugal: OE. 2009.

FLICK, Uwe. *Métodos qualitativos na investigação científica.* Tradução de A. M. Parreira. Lisboa. Monitor. 2005. ISBN 972-9413-67-3.

STREUBERT, Helen e CARPENTER, Dona Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista. Tradução de A.P.S.S. Espada. Loures, Portugal: Lusociência. 2013.

SILVA, António Carlos e MARTINGO, Carla. *Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal.* Revista Migrações. 2007, vol. 1, p. 155-159. 2007.

DURIEUX-PAILLARD, Sophie. *Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services.* In Rechel, B., Mladovsky, P., M., Devillé,W., Rijks, B., Petrova-Benedict,R. e McKee, M. (Eds). *Migration and health in the european union.* Berkshire: McGraw Hill, 2011, p. 203-212.

REIS, Alcinda e COSTA, Maria Arminda. *Cuidados de saúde a imigrantes: Para uma cultura de segurança e confiabilidade*. Revista de Segurança Comportamental, GA, Lda. Lisboa, Portugal, 2013, vol.*7*, p. 18-20.

A EPISIOTOMIA/EPISIORRAFIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA DA MULHER - UM OLHAR, UMA PERSPETIVA

Ana Lésico[1], Lurdes Torcato[1] & Teresa Carreira[1]

[1]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém

RESUMO

Este artigo aborda as implicações da episiotomia/episiorrafia na vida da mulher e emergiu do trabalho realizado para a aquisição do grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstetrícia que teve como ponto de partida o estágio IV, realizado no âmbito do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Neste estágio pude perceber que a episiotomia/episiorrafia era um ato que, realizado por enfermeiros especialistas, poderia intervir de forma traumática para a mulher em trabalho de parto e causar problemas na sua vida e sexualidade. Desta forma, e partindo da questão: **De que forma, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na Episiotomia/episiorrafia (I), interfere na sexualidade (O) da mulher (P)?**, recorri a uma revisão sistemática da literatura. Foram analisados 4 estudos em artigos encontrados nas bases de dados. Ao analisá-los pude concluir que a episiotomia/episiorrafia interfere diretamente na sexualidade da mulher, tendo o enfermeiro especialista um importante papel na decisão da realização deste ato e no uso de técnicas que minimizem o impacto da mesma.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia; Episiotomia; Mulher; Sexualidade

ABSTRACT

This article discusses the implications of episiotomy / episiorrhaphy woman's life and emerged from work undertaken to acquire a master's degree in nursing and midwifery maternal health which had as its starting point the stage IV, held under the Master's degree in maternal nursing and midwifery. At this stage I realized that episiotomy / episiorrhaphy was an act performed by specialist nurses could intervene in a traumatic way for the woman in labor and cause problems in your life and sexuality. Thus, starting from the PI(C)O question: How the intervention of the nurse specialist in obstetrics and maternal health on Episiotomy / episiorrhaphy (I) interferes with woman (P) sexuality (O)?, a systematic review of the literature. Four studies were analyzed in articles found in databases. To analyze them could conclude that episiotomy / episiorrhaphy directly affects the sexuality of women, while the nurse specialist an important role in the realization of this decision and act in the use of techniques that minimize the impact.

Keywords: Midwife; Episiotomy; Woman; Sexuality

INTRODUÇÃO

De acordo com a organização mundial de saúde (OMS) a mulher grávida pode considerar o momento do parto bastante assustador, sobretudo se for mãe pela primeira vez. Cabe ao profissional de saúde apoiar, dar conforto e proporcionar cuidados que visem o respeito e a privacidade da mulher e do seu acompanhante. A comunicação e a promoção do seu autocuidado tornam-se fundamentais para o trabalho de parto (World Health Organization, 2013).

Durante a minha prática, foi possível percecionar medo/pânico que surge em algumas parturientes/acompanhantes aquando o momento da episiotomia. Mesmo estabelecendo relação empática com as parturientes, vivenciei diversas situações desde: o fechar das pernas no momento do corte perineal, a verbalização para que este ato não ocorra e o receio de fazer força para o seu bebé nascer. Assim, surge a dúvida no que respeita ao medo da episiotomia: se por um lado o corte pode perspetivar a rotura de um anterior estado, o de grávida/parturiente, quando encarada esta rotura como um período de crise, por outro lado, a dor que a episiotoma/episiorrafia representa também poder justificar este receio. No entanto, não é possível dissociar o papel que o enfermeiro tem neste ato, pelo que me questionei acerca da sua importância, das suas indicações e das suas consequências.

Lowdermilk e Perry (2009) referem que a episiotomia é uma incisão feita no períneo para aumentar o canal vaginal com o objetivo de evitar outros traumas perineais. No entanto, a episiotomia, por si só, já se considera um trauma perineal (Laceração de grau II) pelo corte em estruturas que podem desencadear problemas futuros. As lacerações, consideradas como trauma perineal, podem ser classificadas de grau I, II, III e IV.

Normalmente as episiotomias podem envolver pele e músculos mas não deverão, de forma licita, afetar o esfíncter ou a mucosa anal. Estes traumas no trato genital podem constituir problemas para as mulheres, a curto e/ou longo prazo. As lacerações de grau III e IV são as mais graves e podem ser causadas espontaneamente ou por realização de episiotomia. Por isso, nem sempre a episiotomia é fator impeditivo para a não existência de outros traumas perineais (Aasheim, Nilsen, Lukase e Reinar, 2012).

Poder-se-ia então supor que a episiotomia não seria usada de forma rotineira, no entanto, ainda existem fiéis defensores deste ato, alegando as vantagens deste em detrimento das desvantagens. Lima, Silva, Souza e Souza (2013) referem que os defensores da episiotomia costumam sublinhar a ação protetora desta intervenção, alegando razões tais como: a prevenção de lacerações no períneo (proteção de estruturas vaginais anteriores e posteriores); melhor cicatrização; redução da duração do segundo estádio do trabalho de parto; benefícios para o lado fetal pela diminuição da compressão da cabeça sobre o períneo evitando lesões cerebrais e lesões perinatais (sofrimento fetal e distocia de ombros); ampliação do canal vaginal nos casos em que há necessidade de manipulação, para facilitar o nascimento, e facilidade na extração assistida por ventosa ou na utilização de fórceps. Na prática, verifiquei que algumas enfermeiras especialistas alegavam que, com a realização de episiotomia, o parto está mais facilitado e há menor risco de lesões do meato urinário e anais, que podem implicar com diversas atividades de vida com especial enfoque para a eliminação. Por outro lado, os opositores do uso da episiotomia apontam que as lacerações podem ocorrer mesmo com a realização da episiotomia alegando que a dor e o desconforto resultante desta conduta trazem consequências negativas maiores que as associadas às lacerações, maior perda sanguínea, dor, edema e disfunção sexual. Assim, Lowdermilk e Perry (2008), mencionam que a realização rotineira de episiotomias durante o parto consiste num cuidado provavelmente prejudicial ou ineficaz. Já Carroli e Mignini (2012), no seu estudo, concluíram que a realização de episiotomia de forma rotineira pode implicar maior trauma perineal. Segundo alguns autores, a realização de episiotomia pode ser mais fácil de reparar e cicatrizar que uma laceração. No entanto não é possível dissociar os efeitos

adversos da realização de episiotomias: lesões ano-retais por episiotomias extensas, assimetria introito vaginal, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal, fístula anal, perdas hemáticas aumentadas, hematoma, dor e edema no local, infeção, deiscência e disfunção sexual (Lowdermilk e Perry, 2008).

Este tipo de ideologias corroboram com as atuais correntes a favor de um parto natural, que não está necessariamente associado a partos em casa ou na água, tal como tão divulgado atualmente nos meios de comunicação social. Segundo a ordem dos enfermeiros (Ordem dos enfermeiros, 2012) citando a OMS, o parto natural pode estar sujeito a intervenções, não implementadas por rotina, mas suportadas pela evidência científica, com o fim de facilitar a progressão do trabalho de parto e parto vaginal, tais como uma episiotomia justificada. Assim, o parto natural, enfatiza o momento do parto como algo natural e espontâneo mas com segurança, podendo ocorrer em meio hospitalar com todos os meios necessários caso haja necessidade de intervenção especializada. O enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia (EESMO), que realiza o parto, tem o poder de decisão da realização da episiotomia/episiorrafia, bem como, a forma como efetua o corte e a devida sutura. Consoante a orientação do corte tendo como referência a fúrcula, a episiotomia pode ser lateral, médio-lateral e mediana. A reparação da episiotomia e das lacerações do períneo, tal como a orientação da episiotomia em relação à fúrcula, também pode ter algumas implicações futuras para a mulher. A perfeita hemostase e a realização de uma correta reconstrução, empregando o mínimo possível de material de sutura, são os pontos fundamentais para uma boa cicatrização, com ausência de sequelas. Está demonstrado que as suturas derivadas do ácido poliglicólico (por exemplo: Vycril®) provocam uma diminuição da dor e da necessidade de analgésicos no pós-parto, assim como, se se proceder à aproximação dos bordos da pele com uma sutura continua subcuticular em lugar dos pontos separados transcutâneos (Graça, 2010).

Prevenir lacerações não é tarefa fácil porque não depende apenas de técnicas de manipulação perineal, mas também de uma série de fatores como a posição em que se encontra o recém nascido (RN) no nascimento, os tecidos da mulher e a rapidez do nascimento. A nuliparidade, a posição da mãe, a desadequação pélvica, a apresentação e a variedade do feto, o uso de instrumentos para facilitar o nascimento, o segundo estadio de trabalho de parto prolongado e o sofrimento fetal, são fatores de risco associados ao trauma perineal. Na era atual, existem novos posicionamentos para adoção durante o trabalho de parto, bem como técnicas de proteção perineal (manipulação perineal) que podem ser

usadas e que minimizam o trauma perineal. Aasheim, Nilsen, Lukase e Reinar (2012) complementam esta ideia mencionando que há uma diminuição de prevalência de episiotomias em métodos alternativos de nascimentos (como parto de cócoras, sentado e na água) e partos em casa, assim como as técnicas que se podem adotar para abrandar o nascimento e ajudar o períneo a distender. Está demonstrado que a utilização de medidas alternativas para o cuidado do períneo, tais como a aplicação de compressas mornas, suporte manual e massagem (pré-natal e intra-parto), reduz a incidência de episiotomias (Lowdermilk e Perry, 2008). A realização de massagem perineal a partir das 35 semanas de gestação, bem como, o uso de gel obstétrico durante o primeiro estadio de trabalho de parto reduz a probabilidade de trauma perineal e promove a manutenção de um períneo intacto. Também os exercícios de Kegel no período pré-natal e pós-parto melhoram e restabelecem a tonicidade e a força dos músculos do períneo, tanto quanto outras práticas saudáveis, como uma boa alimentação e medidas de higiene apropriadas, ajudam a manter a integridade e a elasticidade do tecido perineal (Lowdermilk e Perry, 2008). Para Roper, Logan e Tierney (2001), a forma como cada pessoa vivencia as diferentes atividades de vida, como o "comer e beber" e "higiene pessoal e vestir-se" e "mobilizar-se" pode condicionar a necessidade de recorrer-se ao uso da episiotomia no trabalho de parto.

De acordo com o regulamento de competências do EESMO, o enfermeiro especialista avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto, aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, no parto de apresentação pélvica (Regulamento nº 127/2011). Assim, o enfermeiro é responsável pelo parto eutócico cefálico e tudo o que o envolve, logo a realização, ou não, de episiotomia é uma decisão sua. Neste âmbito, o EESMO também avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (Regulamento nº 127/2011), ou seja, em caso de realização de episiotomia, a episiorrafia deve ser realizada por si, bem como, a sutura de lacerações de I e II grau.

Uma das consequências da episiotomia/episiorrafia para a mulher e para a vivência das suas atividades de vida é a dor, sendo esta considerada um dos maiores desconfortos sentidos no pós-parto que limita a puérpera, quer em termos de mobilidade, quer em relação à sua disponibilidade psicológica para realizar outro tipo de atividades. Além desta, outros problemas podem surgir no período pós-natal derivado da episiotomia como a dispareunia,

incontinência fecal e problemas psicológicos que podem afetar a forma como as mulheres cuidam de si, do seu bebé e das suas tarefas de mãe.

A forma como a mulher/casal é preparado antes do parto, o desejo da gravidez e a forma como o parto ocorre, nomeadamente com a realização de episiotomia/episiorrafia pode influenciar de forma positiva ou negativa a expressão da sua sexualidade. Também, a dor sofrida durante e após o parto, pode ser uma quebra a qualquer envolvimento sexual no período pós-parto, mais ainda quando as estruturas perineais foram, de alguma forma, afetadas pela saída do bebé (com ou sem recurso à episiotomia/episiorrafia).

Sabendo que sexualidade é mais que a atividade sexual em si mesmo, e que a realização da episiotomia pode afetar a mulher a diferentes níveis, conduziu -me para a perceção de que sexualidade da mulher fica alterada em diferentes aspetos. Mouta (2008) ressalva que o trauma causado pela episiotomia é reforçado pelas representações e simbolismos que a mulher, em idade adulta, dá aos seus genitais. Assim esta pode ter a sensação de violação à sua integridade corporal quando lhe é realizada a episiotomia.

Vettorazzi, Marques, Hentschel, Ramos, Martins-Costa e Badalotti (2012) mencionam que a possibilidade de problemas sexuais no pós-parto é maior com o aumento da idade, com a presença de problemas sexuais na gestação e com o aumento do tempo para a retomada da atividade sexual. As dificuldades sexuais geralmente envolvem múltiplos fatores, sendo eles psicológicos, físicos, culturais, inter-relacionais e religiosos, além de medos, mitos e crenças sobre a sexualidade feminina no ciclo gravídico-puerperal. Muitas mulheres vivenciam algum grau de depressão pós-parto que pode vir acompanhada pelo desinteresse na atividade sexual, ou ainda, o uso de antidepressivos pode interferir no ciclo da resposta sexual feminina. Também a vida sexual prévia e o tipo de relacionamento ou intimidade do casal podem interferir de modo significativo na forma como o mesmo vai conseguir retomar a atividade sexual.

Assim, terá o EESMO um papel preponderante na sexualidade da mulher, evitando o recurso à episiotomia ou realizando uma reconstrução perineal adequada? Em que medida a atuação no EESMO na realização da episiotomia/episiorrafia pode influenciar a vivência do parto e as adaptações às alterações no pós-parto da mulher?

Sabendo que todo o processo de enfermagem deve ser realizado de acordo com a individualidade de vida de cada pessoa, e que Roper, Logan e Tierney (2001), incorporam o enfermeiro com um papel major na adequação dos cuidados à situação e à pessoa, a episiotomia deverá ser um ato individualizado e as suas implicações para a vida da mulher

deverão ser avaliadas. Como temos vindo a apresentar, a temática do estudo centrou-se na episiotomia/episiorrafia no sentido de uma intervenção autónoma e orientada para a excelência, imprescindível na prestação de cuidado, pelo que defini como objetivos:

- Compreender a necessidade da realização de episiotomia/episiorrafia durante o trabalho de parto;
- Entender o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na realização da episiotomia/episiorrafia;
- Analisar as implicações da prática da episiotomia/episiorrafia na sexualidade da mulher;

METODOLOGIA

Tendo por base os objetivos definidos para a elaboração do trabalho, foi formulada uma questão de partida em formato PI[C]O: **De que forma, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na Episiotomia/episiorrafia (I), interfere na sexualidade (O) da mulher (P)?,** a qual funcionou como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática de literatura. As palavras-chave (quadro nº1) foram posteriormente validadas como descritores na MeSH Browser, segundo a consulta da URL: https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html em 6 Junho 2014 com o objetivo de realizar um estudo com base em artigos científicos relacionados com a prática de Enfermagem. De acordo com a concetualização, definiu-se a hierarquização das palavras-chave que se encontram no quadro nº1.

Quadro nº 1. Critérios formulados para a pergunta PI(C)O

	CONCEITOS	PALAVRAS-CHAVE
P **PARTICIPANTES** **Quem foi estudado?**	Mulher	Midwif* Episiotomy Woman Sexual*
I **INTERVENÇÕES** **O que foi feito?**	Intervenção do EESMO na realização Episiotomia/Episiorrafia	
(C) **Comparações**	___	
O **OUTCOMES** **Resultados/ Efeitos/ Consequências**	Sexualidade	

Recorri à plataforma EBSCO e pesquisei nas seguintes bases de dados no dia 6 Junho 2014: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing and Allied Health Collection:

Basic, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina.

Os limitadores adotados na pesquisa foram: a publicação em texto completo; prática baseada em evidências; relativo ao humano; qualquer autor é enfermeiro; com friso cronológico de Junho de 2004 a Junho 2014 (Quadro nº 2).

Quadro nº 2. Limitadores de pesquisa na base de dados

BASES DE DADOS	LIMITADORES DE PESQUISA
CINAHL Plus with Full Text	Texto completo; Data de publicação de: 2004.06.01-2014.06.31; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF
MEDLINE with Full Text	Texto completo; Data de publicação de: 2004.06.01-2014.06.31; Resumo disponível; Humano
Nursing and Allied Health Collection: Basic	Texto completo em PDF. Data de publicação de: 2004.06.01-2014.06.31;
Cochrane Database of Systematic Reviews	Ano de publicação de: 2004 a 2014;
Nursing & Allied Health Collection:Comprehensive	Texto completo; Data de publicação de: 2004.06.01-2014.06.31; Texto completo em PDF
MedicLatina	Texto completo; Data de publicação de: 2004.06.01-2014.06.31; Texto completo em PDF

Para a seleção dos artigos foram aplicados como ***critérios de inclusão*** serem artigos em língua inglesa, francesa, espanhola ou portuguesa, artigos relacionados com o objeto de estudo, artigos com evidência científica e como ***critérios de exclusão*** os artigos que não apresentem metodologia científica.

Todos os artigos encontrados encontravam-se dentro dos critérios de inclusão pelo que foi realizada uma leitura aprofundada. É apresentado no quadro nº 3, o título dos artigos, autores e o respetivo nível de evidência científica de acordo com Galvão (2006).

Quadro nº3. Artigos selecionados segundo o título, autores e nível de evidência

Nº	Artigo	Autores	N. Evidência
1	Episiotomía selectiva frente a episiotomia rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008)	Luque-Carro, R, Subirón-Valera, AB, Sabater-Adán, B, Sanz-de Miguel, E., Juste-Pina, A., Cruz-Guerreiro, E.	III
2	Effects of perineal trauma on postpartum sexual function	Rathfisch, G., Dikencik, B. K., Kizilaya Beji, N., Comert, N., Tekirdag, A.I., Dikencik, B.k., Kadioglu, A.	III
3	Tears in the Vagina, Perineum, Sphincter Ani, and Rectum and First Sexual Intercourse after Childbirth: A Nationwide Follow-up	Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E., Rubertsson, C.	III
4	Factors Related to Genital Tract Trauma in Normal Spontaneous Vaginal Births	Albers, L., Sedler, K., Bedrick, E., Teaf, D., Peralta, P.	II

RESULTADOS

Todos os artigos selecionados enfocavam a temática pretendida, uns de uma forma mais direcionada para a totalidade do tema, referindo o impacto sexual que os traumas perineais podem provocar, outros focando técnicas de manipulação perineal a utilizar no 2º estadio do trabalho de parto para evitar o trauma perineal/episiotomia e outros ainda valorizando a utilização da episiotomia de forma seletiva para evitar consequências futuras. O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica foi abordado em todos os artigos como colaborador nos estudos, tendo o poder de decisão de atuação e tendo o conhecimento necessário para tal, assim como é mencionado no regulamento de competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento nº 122, 2011: 8649): "Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada". No entanto, os artigos não representam estudos direcionados ao papel do enfermeiro mas sim às implicações que as suas atuações podem ter.

Segundo o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (Regulamento nº 127/2011) o enfermeiro tem o papel de avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto, bem como, aplicar as técnicas adequadas na execução do parto por apresentação cefálica. Em suma, este deve atuar de forma conscienciosa, promovendo o conforto e bem-estar da mulher, realizando intervenções mais intervencionistas como a episiotomia/episiorrafia apenas quando seja estritamente necessário segundo a sua avaliação criteriosa.

Tal como refere no regulamento de competências comuns dos enfermeiros especialistas (Regulamento nº 122/2011, p.8650): "Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão; Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões". Para que seja possível atuar desta forma, é fundamental uma abordagem individualizada da mulher em trabalho de parto para que seja possível apreciar, planear, implementar e avaliar os seus atos. Também Santos e Shimo (2007, p.437) referem que "o profissional que atende o parto se transforma no agente ativo desse processo e numa figura de apoio que se fortalece enquanto dono e protagonista da situação, representando a relação desigual de poder existente entre estes e seus pacientes".

Analisando a temática da episiotomia/episiorrafia desenvolvida e deparando-me com todas as questões que me foram surgindo pude perceber que a episiotomia/episiorrafia realizada de forma seletiva tem vantagens. O EESMO é detentor de capacidades que lhe permitem, não só evitar o uso da episiotomia, como utilizar as melhores técnicas na realização da mesma de modo que as estruturas perineais da mulher se reabilitem da melhor forma e consequentemente, o impacto na sexualidade da mulher seja menor.

Também Borges, Serrano e Pereira (2003) citados pela Ordem dos Enfermeiros no projeto Maternidade com qualidade (2013) referem que a episiotomia deve realizar-se somente de forma seletiva e não se justifica taxas maiores que 30% na prática obstétrica. A OMS (1996) citada pela Ordem dos Enfermeiros (2013) indica que a episiotomia só deveria ocorrer em cerca de 10% dos partos vaginais e classifica o uso rotineiro como uma prática inadequada e prejudicial à saúde da mulher.

Tanto na evidência da prática como pela revisão sistemática efetuada o enfermeiro pode recorrer a diferentes manobras de manipulação perineal durante o segundo estadio do trabalho de parto, utilização de posições não litotómicas para o período expulsivo, realização de esforços expulsivos sem manobra de valsalva e auxiliar a saída da cabeça fetal entre as

contrações uterinas. Estas técnicas poderão facilitar a saída do feto minimizando o trauma perineal, podendo evitar o recurso à realização de episiotomia/episiorrafia, diminuir o tamanho da mesma ou evitar lacerações III e IV grau. Por conseguinte, reduz-se a dor e o trauma sentido pela mulher em relação à sua integridade corporal.

Outro dos aspetos enumerados por vários autores é a interferência da episiorrafia na sexualidade da mulher. Segundo Rathfisch, G. *et al*,(2010) a existência de pelo menos um problema sexual após o nascimento é mais comum nas mulheres com episiorrafia do que nas mulheres com períneo intato, referindo mesmo que as mulheres com episiorrafia tinham menores níveis de libido ,orgasmo e satisfação sexual e mais dor durante a relação sexual

Numa perspetiva reflexiva, qualquer um dos artigos consultados coloca nas mãos do EESMO um importante papel, quer pela sua colaboração nos estudos, como pelas evidências que esta sua colaboração pode traduzir para a prática. O conhecimento, as competências e as atitudes do EESMO para com a mulher, no segundo estadio do trabalho de parto, podem ter implicações importantes na vida desta. A tomada de decisão correta no momento correto pode limitar a recorrência ao ato cirúrgico de episiotomia. Por outro lado, o seu conhecimento acerca deste ato, bem como, dos materiais existentes para a técnica de episiotomia são fatores preponderantes para que esta cumpra os menos efeitos adversos possíveis. Em resumo, o EESMO pode influenciar ativamente a sexualidade da mulher pelo seu papel na realização ou não de episiotomia.

CONCLUSÃO

Face à questão PI(C)O definida, pude encontrar nos artigos pesquisados, dados que a fundamentam. Além de corroborar com a informação recolhida na concetualização da temática, os estudos encontrados nas bases de dados, puderam mostrar-me a real importância do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia, não só porque tem conhecimento e competências para a realização ou não realização de episiotomia/episiorrafia, como pelo seu poder de decisão mediante a situação que se apresenta. Verificou-se que, a episiotomia/episiorrafia interfere diretamente na vida da mulher envolvendo múltiplos fatores nomeadamente psicológicos, físicos, culturais, inter-relacionais, religiosos e que o enfermeiro especialista tem um importante papel na tomada de decisão na realização deste ato e no uso de técnicas que minimizem o impacto da mesma. Por outro lado, tem o dever de desenvolver as suas competências técnico-científicas por forma a decidir e atuar, de forma correta no momento adequado.

BIBLIOGRAFIA

Aasheim, V., Nilsen, A., Lukasse, M.; Reinar, LM. (2012). Perineal Techniques During the Second Stage of Labour for Reducing Perineal Trauma. *Wiley Publishers*. Acedido em 19/2/2014 em http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/pdf.

Albers, L., Sedler, K., Bedrick, E., Teaf, D., Peralta, P.(2006). Factors Related to Genital Tract Traiuma in Normal Spontaneous Vaginal Births. *Birth*, 33(2), pp.94-100. Acedido em 6/6/2014 em http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9334a049-9689-485f-b9e7-7a7f687e389d%40sessionmgr4005&vid=15&hid=4114

Carroli, G.; Mignini, L.(2012). Episiotomy for vaginal birth, *the Cochrane library*, 11, Acedido em 12-07-2014 em http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract.

Diário da República nº 35/2011 – 2.ª série, parte E — Ordem dos Enfermeiros, Regulamento 122/2011 das Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Diário da República nº 35/2011 – 2.ª série — Ordem dos Enfermeiros, Regulamento 127/2011 das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Graça, Luis (2010). *Medicina Materno-fetal*. 4ª Edição, Porto: Lidel.

Lima, M. G., Silva, M.B., Souza, T.A., Souza, L.P. (2013). A Episiotomia E O Retorno À Vida Sexual Pós-Parto. *Revista UNINGÁ Review*, 2(16), pp.33-37. Acedido em 19/2/2014 em http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131101_112358.pdf.

Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição, Loures: Lusodidacta.

Luque-Carro, R, Subirón-Valera, AB, Sabater-Adán, B, Sanz-de Miguel, E., Juste-Pina, A., Cruz-Guerreiro, E. (2011). Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Matronas Profesión*. 12(2), pp. 41-48 acedido em 6/6/2014 em http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0153a500-8086-434c-b893-602a09b0d131%40sessionmgr4003&vid=6&hid=4114.

Mouta, R.J., Pilotto, D.T., Vargens, O.M., Progianti, J.M. (2008). Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 16(4), pp.472-476. Acedido em 8/7/2014 em http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a03.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2004). Sexual and reproductive Health. Acedido em 30/05/2014 em http://www.who.int/reproductivehealth/en/.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto Maternidade com qualidade - Episiotomia: realização seletiva ou rotineira.. Acedido em 7/6/2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf.

Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E., Rubertsson, C. (2008). Tears In The Vagina, Perineum, Sphincter Ani,And Rectum And First Sexual Intercourse Afterc hildbirth: A Nationwide Follow-Up. *Birth*, 35 (2), pp. 98-106. Acedido em 6/6/2014 em http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0153a500-8086-434c-b893-602a09b0d131%40sessionmgr4003&vid=20&hid=4114

Rathfisch, G., Dikencik, B.K., Kizilkaya Beji N., Comert, N., Tekirdag A.I., Dikencik B.K., Kadioglu, A. (2010). Effects Of Perineal Trauma on Postpartum Sexual Function. *JAN*. 66(12), pp. 2640–2649. Acedido em 6/6/2014 em http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0153a500-8086-434c-b893-602a09b0d131%40sessionmgr4003&vid=9&hid=4114.

Roper, N., Logan, W. W., Tierney, A. J. (2001). *Modelo de Enfermagem*. 3.ª Edição, Alfragide: Mc Graw Hill.

Santos, J. O., Shimo, A.K. (2007). Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia.; *REME - Rev. Min. Enf.* 11(4). pp. 432-438. Acedido em 8/7/2014 http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/369

Vettorazzi, J., Marques, F., Hentschel, H., Ramos,J. , Martins-Costa, S. H., Badalotti, M. (2012). Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Revista HCPA*, 32(4), pp.473-479. Acedido em 19/2/2014 em http://seer.dev.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewFile/32388/23916.

EMPOWERMENT DA PESSOA COM IMAGEM CORPORAL ALTERADA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Catarina Santos[1], Sónia Silva[1] & Isabel Barroso[2]

[1]Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém. Mestrandas do 5º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior Saúde Santarém
[2]Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/UIPPS/UMIS

RESUMO

A doença é um interveniente na alteração da imagem corporal, perturbando a pessoa em todas as dimensões da sua vida. A alteração da imagem corporal precipita sentimentos e reações stressantes, desenvolvendo complicados processos de aceitação da autoimagem. O empowerment é importante na profissão de enfermagem porque permite a capacitação das pessoas para adquirirem poder sobre as suas vidas.

Esta revisão sistemática da literatura, pelo método PI[C]OD, pretende analisar se as intervenções de enfermagem são promotoras do empowerment em pessoas com imagem corporal alterada.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, prosseguindo protocolo estabelecido, com friso cronológico 2009/2014; após a aplicação dos critérios definidos resultaram dois estudos primários.

A análise dos artigos permitiu identificar como temas centrais: vulnerabilidade, estigma e intervenções individualizadas de enfermagem, sendo estas promotoras do empowerment na pessoa com imagem corporal alterada.

Palavras-chave: Enfermagem; Imagem Corporal; Empowerment

ABSTRAT

The illness is an important factor on body concept and it upsets the person in all dimensions of his life. The change about body image can be responsible for stressful feelings, reactions and also cause complicated processes of acceptance of self-image. The empowerment is crucial in nursing world, because it can increase the capacity that people can acquire in their own lives.

It is intended to analyze with this systematic review - PI[C]OD method - if nursing care can promote the empowerment in people with body image changes.

The research was made according to the platform EBSCO, following the guidelines. The timeline research occurred between 2004/2014, after to apply some criteria according to two previous studies.

The review of articles enabled to identify as main themes: vulnerability, stigma and individualized intervention. Those, are increasing the empowerment in people with body image changes.

Keywords: Nurs*, Body Image, Empowerment

INTRODUÇÃO

A enfermagem avançada, que pretende acrescentar enfermagem à enfermagem, apresenta-se essencialmente como uma filosofia disciplinar de desenvolvimento da prática (que se centra no cliente/família), assente em pilares que devem ser transversais a qualquer enfermagem no mundo: conhecimento disciplinar, formação, investigação, reflexão, prática baseada na evidência, liderança e implementação da mudança; de forma a expandir o conhecimento disciplinar e aplicá-lo na prática, demonstrando através de indicadores fiáveis resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Almeida & Coelho, 2010).[1]

A clinica em enfermagem deve integrar um percurso dinâmico, onde a metodologia e intervenções autónomas de enfermagem promovam a teorização, num processo de retroalimentação entre a teoria e a prática, que se traduza em cuidados individualizados de acordo com os saberes, que permitem tomar decisões relativas ao cuidado e à promoção do bem-estar das pessoas (Amendoeira J. , 2006) [2].

O presente trabalho desenvolveu-se a partir da elaboração de duas narrativas de ação, baseadas na metodologia de reflexão sobre a prática. O ponto de partida da sua elaboração prendeu-se com a escolha prévia da temática por ser uma área de interesse pessoal, tendo

em conta as caraterísticas do serviço onde trabalhamos e área de especialização onde nos integramos. Após a leitura das narrativas de ação emergiram os conceitos semelhantes e convergentes essenciais à problemática em estudo, tendo-se então elaborado a conceptualização. Posteriormente procedeu-se à metodologia onde foi descrito o protocolo de pesquisa.

Depois de uma reflexão que advém da prática de cuidados, e sustentada nas narrativas elaboradas, identificamos como conceitos centrais: pessoa/corpo, imagem corporal, processo saúde/doença, transição, empowerment e enfermagem.

O presente trabalho tem como objetivo geral desenvolver competências no processo de cuidar à pessoa com imagem corporal alterada.

Como objetivos específicos definiram-se: formular a pergunta PICO; pesquisar artigos pertinentes sobre a temática; analisar as práticas à luz dos conhecimentos adquiridos.

PROCESSOS SAÚDE DOENÇA: UMA ABORDAGEM PELO CORPO

Na atualidade, o corpo é ponto de partida para numerosos estudos nas mais variadas áreas do conhecimento. Não é tarefa fácil abordar o conceito de pessoa detentora de um corpo. A pessoa e o corpo são o centro da nossa atenção, estando ligados e não podendo ser dissociados. O corpo da pessoa é a sua identidade profunda, constituída por várias dimensões e é através dele que a pessoa constrói, vive e realiza a individualidade da vida. Enquanto pessoa o corpo ganha dignidade no processo de cuidados que passam a ser personalizados e humanizados. Os sentidos e significados atribuídos ao corpo têm evoluído através do conhecimento e das representações que cada pessoa adquire, pela sua vivência e pela sua experiência, pela relação entre o conhecimento do corpo que a pessoa tem dela própria e do corpo dos outros pelo desenvolvimento dos saberes instituídos pelas diferentes disciplinas (Barroso, 2012).[3]

Desde sempre que a enfermagem se carateriza pelos cuidados ao corpo da pessoa. Contudo tem vindo a preocupar-se com algo mais que cuidados ao corpo físico. Sendo o corpo objeto de intenso investimento emocional, as alterações corporais podem provocar sentimentos de perda, associados a uma perceção negativa da imagem corporal, provocando situações de depressão, ansiedade, baixa autoestima e deterioração dos relacionamentos (Bruges, 2001).[4] A imagem corporal da pessoa reporta-se não só ao aspeto físico, à aparência do corpo, mas também às suas funções. Qualquer alteração na função fisiológica ou neurológica do corpo, como por exemplo as doenças ou cirurgias, pode alterar a capacidade da pessoa

para processar esses estímulos e pode assim alterar fisiologicamente a imagem corporal (Carvalho, 2010)[5]. Há uma mudança na forma de ver o corpo quando ocorre uma relação saúde doença. A doença é um interveniente na alteração da imagem corporal, perturbando a pessoa em todas as esferas da sua vida (Esteves, 1994) [6.]

A saúde é a norma e as pessoas, de uma forma geral, consideram-se imortais e invulneráveis antes de a doença surgir. A situação de doença é um desafio à capacidade de adaptação da pessoa. Considerando que a doença é uma situação stressante e que impõe um processo de adaptação, é importante conhecer o significado atribuído pela pessoa na identificação da doença como geradora de *stress* e de sofrimento (Esteves, 1994) [6.]

Contemporaneamente já percebemos que o conceito de saúde ultrapassa a simplicidade da ausência de doença, traduzindo-se na homeostasia e adaptação da pessoa aos diversos contextos da vida, ou seja, refere-se a um estado total de bem-estar físico, mental e social (WHO, 2011[7]; Carvalho,2010) [5.]

O processo de mudança de integração e aceitação da nova condição é demorado e requer uma atenção particular promotora, na pessoa com imagem corporal alterada, de sentimentos, conhecimentos e capacidades para lidar com a sua condição. Esta transição não é simplesmente uma mudança, mas antes um processo de mudança. Por isso as transições são "processos complexos, multidimensionais que tanto causam como afetam mudanças na vida, saúde, relacionamentos e meio ambiente" (Meleis, 2010 pp25) [8]

Para Meleis existem quatro tipos de transições, sendo abordado neste trabalho a transição saúde/doença. Esta transição está relacionada com mudanças abruptas de papel que resultam da passagem de um estado de bem-estar para um estado agudo de doença, de um estado de bem-estar para outro de doença crónica, ou da cronicidade para um novo bem-estar que envolve a cronicidade (Meleis, 2010) [8].

A complexidade das dimensões que envolvem a nova condição do corpo/imagem corporal não se resolve com uma simples abordagem com os tratamentos clínicos. O processo de mudança, integração e aceitação da nova imagem corporal é demorado e requer uma atenção particular, promotora na pessoa de sentimentos, conhecimentos e capacidades para lidar com a sua condição.

Na opinião de Meleis (2010) [8] existem transições que podem não só provocar estes momentos críticos para as pessoas como também criar /promover oportunidades de aprendizagem para eles e para os profissionais de saúde. Refere ainda que dentro desta

perspetiva que a saúde manifesta-se pela consciencialização, empowerment, controlo e auto mestria na vida (Meleis, 2010).[8]

De acordo com a OMS (2010) [9], "empowerment" é um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, seguros que essas ações são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais largamente, ganharem controlo nas suas vidas. Segundo esta organização, empoderar pessoas pode ajudá-las a compreender as suas próprias situações e aumentar o controlo sobre os fatores que afetam as suas vidas e envolve um conjunto de competências e de capacidades, que juntas e associadas a determinadas características de personalidade, contribuem para um nível de controlo sobre a sua saúde e vida (Tones e Tilford, 2001) [10.] Pretende-se que a promoção do empowerment facilite/ajude a pessoa com imagem corporal alterada a aceitar a sua nova condição, fazendo assim a transição doença-saúde.

A enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde/doença e/ou com processos de vida. Os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Meleis, 2010)[8]. Esta autora também refere que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam com as pessoas que vivem este tipo de transições, sendo a sua principal missão ajudar as pessoas a vivenciarem processos de transições cuidando delas através de intervenções necessárias que ajudam os indivíduos neste processo de mudança. Cabe aos enfermeiros as intervenções necessárias para ajudar os indivíduos neste processo de mudança. Deste modo, os enfermeiros que promovem o cuidado transacional humano estão a valorizar a pessoa, pois os cuidados prestados estão sempre relacionados, de alguma forma, com cada nível de desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento, com vista a um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis, 2010).[8]

METODOLOGIA

No sentido de sistematizar o estudo do conhecimento sobre a sensibilidade do processo de empowerment da pessoa com imagem corporal alterada com a matriz conceptual do modelo de Transições de Meleis, elaborou-se este trabalho de acordo com os princípios metodológicos de uma Revisão Sistemática da Literatura com base nas orientações do Cochrane Handbook (2009).

Uma Revisão Sistemática da Literatura "é um método moderno para a avaliação de um conjunto de dados simultaneamente (…) é mais frequentemente utilizada para se obter provas científicas de intervenção na saúde" (11) (Atallah e Castro, 1998).[11]

Partindo da reflexão da prática e clarificação dos pressupostos teóricos definiu-se a seguinte questão: "As intervenções de enfermagem (I) promovem o empowerment (O) na pessoa com imagem corporal alterada (P)?

Conscientes de que os enfermeiros cuidam de pessoas com alteração da sua imagem corporal, durante as várias fases do seu processo saúde/doença definimos como objetivo analisar se as intervenções de enfermagem são promotoras do empowerment em pessoas com imagem corporal alterada. Desta forma, para a formulação da questão de investigação bem como para a definição dos critérios de inclusão/exclusão de estudos primários, foi utilizado o método PI[C]OD (Quadro n.º 1).

Quadro nº 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão por dimensão da pergunta PI[C]OD

Formulação da Pergunta PI[C]OD				Palavras-chave
		Critérios inclusão	Critérios Exclusão	
P	Participantes	Pessoa adulta – adultos com idade superior a 19 anos e inferior a 65 anos	Criança, jovem pessoa adulta ou idosa com doença mental; pessoa grávida	Nurs*
I	Intervenções	Intervenções autónomas de enfermagem em contexto hospitalar (centradas na pessoa com imagem corporal alterada)	Intervenções de enfermagem em contexto comunitário	Body Image
C	Comparações	_____		
O	Outcomes	Empowerment		Empowerment
D	Desenho do estudo	Estudo de investigação de abordagem qualitativa e quantitativa		
EXPRESSÃO DE PESQUISA				
Nurs* and Body Image and Empowerment				

A pesquisa foi efetuada tendo em conta a questão de partida, assim como a expressão de pesquisa. As palavras-chave definidas foram validadas enquanto descritores *Mesh Browser*,

sendo que todas se constituem como descritores, à exceção de *Empowerment*, que apesar de não apresentar esta caraterística (descritor ou *qualifier*), produz resultados sensíveis face ao objeto em estudo, pelo que se manteve. Na nossa opinião empowerment ainda não se constitui como descritor por ser um conceito relativamente recente e predominantemente europeu não tendo ainda projeção mundial.

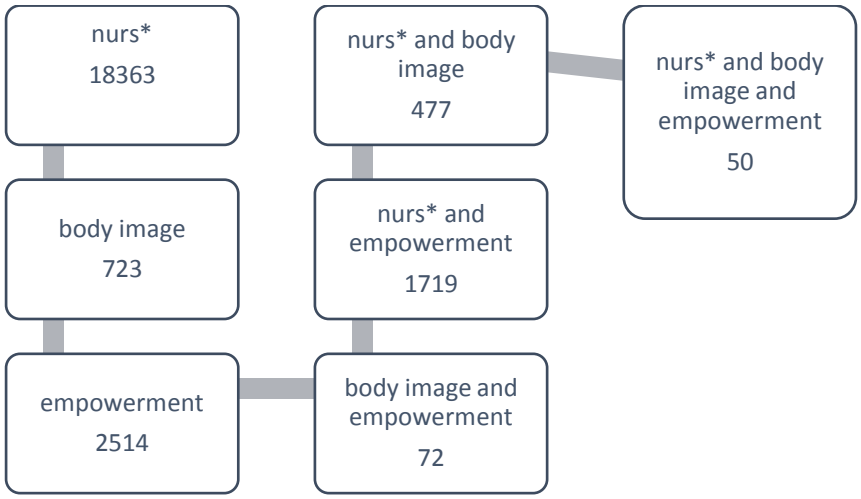
A pesquisa foi realizada no dia 11/06/2014 com recurso à plataforma EBSCOhost, no friso cronológico de Janeiro de 2009 a Junho de 2014, recorrendo a Protocolo de Pesquisa (Quadro n.º2).

Quadro nº 2 – Bases de dados, Limitadores e Critérios do Protocolo de Pesquisa

<table>
<tr><th>Bases de dados</th><th>Limitadores</th><th>Critérios de inclusão</th><th>Critérios de exclusão</th></tr>
<tr><td>CINHAL with full texto</td><td>Resumo disponível; língua inglesa; PBE; Humano; 1º autor é enfermeira; qualquer autor é enfermeira; paciente internado; paciente com alta; all adult; texto completo PDF</td><td rowspan="5">Estudos em pessoas adultas (+19 anos e <65 anos) com imagem corporal alterada; abordagem qualitativa, quantitativa, revisões sistemáticas de literatura que revelassem resultados com evidência científica para a problemática em estudo; apenas artigos em inglês, português ou espanhol</td><td rowspan="5">Pessoas com associação de problemas de saúde mental e psiquiatria, no âmbito da pediatria e idade superior a 65 anos; estudos desenvolvidos em contexto comunitário; resultados da pesquisa que não apresentassem metodologia científica</td></tr>
<tr><td>MEDLINE with full texto</td><td>Língua inglesa; Humano; all adult: 19 + years; resumo disponível; texto completo PDF</td></tr>
<tr><td>Nursing and Allied Health Collection Basic</td><td>PDF</td></tr>
<tr><td>Nursing and Allied Health Collection Comprehensive</td><td>PDF</td></tr>
<tr><td>Mediclatina</td><td>PDF</td></tr>
<tr><td colspan="4">Como limitadores gerais na pesquisa</td></tr>
<tr><td colspan="4">Boleano and; Pesquisar no texto completo nos artigos; Texto Completo; Referências disponíveis; Analisado por Especialistas; Janeiro 2009 a Junho 2014.</td></tr>
</table>

A pesquisa foi iniciada com cada palavra-chave individualmente, prosseguindo com a conjugação das palavras entre si até à expressão final, produzindo-se 50 artigos (Quadro nº 3).

Quadro n.º3 – Expressão de pesquisa



Dos 50 artigos identificados 36 foram excluídos por o estudo se desenvolver na comunidade, 3 por abordarem pessoa com doença mental; 3 artigos desenvolviam estudo com pessoas com mais de 65 anos e outros 3 em idade pediátrica, tendo sido selecionados 5 artigos. Após leitura integral dos mesmos foram rejeitados 3 dado que o objeto de estudo não se enquadrava no âmbito desta revisão. Assim, o corpus da análise constitui-se por 2 artigos, sistematizando no quadro n.º 4 as dimensões que emergem dos estudos/artigos.

Quadro n.º4 – Sistematização da análise dos estudos selecionados

N.º	18
Título	"A qualitative study exploring the emotional responses os female patients learning to perform clean intermitente self-catheterisation"
Autores/Ano/Publicação	Ramm, Dianne; Kane, Ros (2011) [12]; Journal of Clinical Nursing
Objetivos	Estudar as vivências e as emoções da mulher que necessita de aprender a realizar auto cateterização intermitente
Metodologia/ Nível Evidência	Estudo qualitativo, abordagem fenomenológica / VI
Participantes	5 Mulheres entre os 34-64 anos com necessidade de Auto cateterização entre os 10 meses e os 10 anos
	A pessoa apresenta vergonha e aversão pelo seu corpo, tornando-as vulneráveis, não conseguindo cuidar de si mesmos. As intervenções individualizadas de enfermagem são vitais e os cuidados são reconhecidos e valorizados, promovendo a saúde física, psicológica e social, o bem-estar e independência. Temas identificados: **Tristeza e perda:** as mulheres manifestam sentimentos de perda e pesar e um impacto negativo na sua qualidade de vida, autoestima e autoconfiança **Falta de conhecimento:** associada quer à existência de cateteres de auto esvaziamento, quer à própria anatomia do corpo feminino **Estigma e negativismo:** o termo "cateter" tem por si só uma conotação negativa e está "normalmente" associado às pessoas com mais idade; Têm tendência a esconder o corpo e ao isolamento social. **Constrangimento e aversão psicológica:** as mulheres descrevem desconforto psicológico ao realizar a auto cateterização, manifestando vergonha aquando na presença dos enfermeiros durante os ensinos **Medidas de enfermagem:** promovem a relação terapêutica, empatia e apoio psicológico, social e físico, isentos de juízos de valor; informam e treinam procedimentos **Mecanismos de coping:** surgem como forma de "normalizar" a necessidade de auto cateterização

N.º	50
Título	"Rehabilitation and Stoma care: adressing the psychological needs"
Autores/Ano/Publicação	Borwell, Barbara (2009) [13]; British Journal of Nursing
Objetivos	Abordar as necessidades dos doentes submetidos a

	estoma
Metodologia / Nível de Evidência	Revisão da literatura V
Participantes	_____
Resultados	A pessoa com imagem corporal alterada apresenta baixa auto estima, com dificuldades no relacionamento social e sexual. Os enfermeiros desempenham um papel importante no suporte à pessoa e família desenvolvendo intervenções que capacitam e promovem *outcomes* positivos na pessoa Temas identificados: **Informação pré e pós operatória:** informação e suporte psicológico são vitais no pré e pós-operatório **Efeitos da cirurgia/doença crónica no bem-estar:** perceção que cada pessoa tem de como a nova imagem corporal afeta o seu estilo de vida, comportamento psicológico, relacionamento social e sexual **Educação:** abordando os cuidados de reabilitação à pessoa e estoma e a educação sexual

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na evidência científica demonstrada nos artigos/estudos analisados constatamos que as pessoas com imagem corporal alterada expressam sentimentos e reações stressantes, como frustrações, pesar, ansiedade, raiva, vergonha, incerteza e perda do status social devido ao isolamento inicial imposto pela própria pessoa (Ramm, D.; Kane, R.,2011[12]; Borwell, B. 2009[13]; Bruges, 2001[4]). Quando ocorrem mudanças na estrutura, aparência ou função do corpo as pessoas ficam perturbadas, baixa autoestima e baixa autoconfiança tornando-as mais vulneráveis ao longo do tempo (Ramm, D.; Kane,2011[12];Borwell, B. 2009[13]; Bruges, 2001[4]; Esteves, 1994[6]; Carvalho 2010[5]).

Da leitura e análise dos artigos emergiram como temas centrais relacionados com o fenómeno em estudo: vulnerabilidade, estigma e intervenções individualizadas de enfermagem.

As alterações da imagem corporal envolvem insegurança, incerteza e vulnerabilidade, uma vez que o nosso corpo pode não corresponder à nossa expectativa (Ramm, D.; Kane, R.,2011[12]; Borwell, B. 2009[13]). A vulnerabilidade "está relacionada com a experiência da transição, interações e condições ambientais que expõe as pessoas a potenciais riscos, reabilitações demoradas ou uma adaptação ineficaz à nova condição de saúde" (Meleis et al, 2000 pp 12). [14.]

Outra dimensão emergente é o estigma. O estigma é visto como a imputação de atributos de inferioridade a pessoas portadoras de características desprezadas pela sociedade e resulta em deterioração da imagem social (Goffman, 2008)[15].Aquilo que é considerado como anormalidade diante dos padrões culturais e sociais pode produzir o estigma, levando as pessoas a terem interpretações marcantes sobre o corpo modificado. Sentir-se desigual diante das outras pessoas, apresentando a preocupação de esconder o corpo até mesmo de seus familiares. Além disso, no período inicial da convivência com a alteração do corpo há maiores dificuldades no desenvolvimento de atividades de lazer e de convívio social, pois a pessoa restringe-se a não frequentar lugares públicos pelo receio de sofrer estigmatização (Ramm, D.; Kane,2011[12];Borwell, B. 2009[13]).

A evidência científica demonstra que as intervenções individualizadas de enfermagem são vitais, emergindo assim a dimensão intervenções individualizadas de enfermagem que são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (REPE, 1996) [16.]

O enfermeiro deve incentivar a pessoa a realizar o autocuidado para que sua reabilitação seja facilitada, por meio de atividades educativas e ações dialógicas, possibilitando que estes indivíduos exerçam sua condição de sujeitos independentes e autónomos. (Ramm, D.; Kane,2011[12];Borwell, B. 2009[13]; Meleis, 2010[8]; REPE, 1996[15]).

A reabilitação da pessoa corporalmente alterada visa restituir-lhe as atividades do convívio social e melhorar a qualidade de vida diante do impacto da mudança do corpo. A primeira etapa desse processo deve ser a aceitação da sua nova imagem corporal, entendendo que esta ocorreu com o intuito de preservar sua saúde (Ramm, D.; Kane,2011[12];Borwell, B. 2009[13]; Meleis, 2010[8]).

CONCLUSÃO

A revisão sistemática da literatura permitiu-nos refletir na ação e sobre a ação, mobilizando a conceção teórica, visando o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem (Amendoeira, 2014) [17], alcançando um olhar clarificador do fenómeno em estudo identificando dimensões e estratégias relacionadas com o mesmo.

Os resultados encontrados são cruciais para a capacitação da pessoa com alteração da imagem corporal. A doença é um interveniente na alteração da imagem corporal,

provocando alterações na pessoa em todas as dimensões da sua vida (Ramm, D.; Kane,2011[12];Borwell, B. 2009[13], Esteves, 1994[6]).Todas as pessoas perante a doença se tornam sensíveis e muito mais vulneráveis ao longo do tempo (Ramm, D.; Kane,2011[12];Borwell, B. 2009[13]; Bruges, 2001[4]; Esteves, 1994[6], Carvalho 2010[5]).

A alteração da imagem corporal precipita sentimentos e reações stressantes, como frustrações, pesar, ansiedade, raiva, vergonha, incerteza e perda do status social devido ao isolamento inicial imposto pela própria pessoa (Ramm, D.; Kane,2011[12];Borwell, B. 2009[13]; Bruges, 2001[4]). Compete ao enfermeiro intervir de modo a capacitar as pessoas a adquirirem poder sobre as suas vidas e reconhecerem esse poder, aumentando as escolhas disponíveis. Com as intervenções de enfermagem as pessoas com imagem corporal alterada tornam-se conscientes do seu próprio poder, adotando medidas/estratégias promovendo a sua qualidade de vida. (Ramm, D.; Kane,2011[12];Borwell, B. 2009[13]; Meleis, 2010[8]; REPE, 1996[15]).

Os resultados obtidos através artigos selecionados demonstram que as intervenções de enfermagem promovem o empowerment na pessoa com alteração da imagem corporal (Ramm, D.; Kane,2011[12];Borwell, B. 2009[13]; Meleis, 2010[8]), respondendo à questão inicialmente elaborada.

Ao nos depararmos com a incompletude do conhecimento do fenómeno em estudo, e sugerindo eixos de pesquisa posterior, podemos afirmar que a revisão sistemática da literatura respondeu genericamente aos objetivos inicialmente formulados.

BIBLIOGRAFIA

1 Almeida, A. & Coelho, P. (2010). Enfermagem Avançada: conhecer a história para planear o futuro*. In Encontro Ibérico de História de Enfermagem, I,* Porto, Portugal, 15 de Outubro, 2010

http://hdl.handle.net/10400.14/4646

2 Amendoeira, J. (2006).*Uma biografia partilhada da enfermagem: a segunda metade do século XX.* ed 1, 1 vol, Coimbra: Formasau

3 Barroso, I. & Amendoeira, J. (2012). O corpo nos processos saúde/doença. Saberes desenvolvidos pelos enfermeiros. *Conferência Matchmaking Research. Comunicação*; Guarda, 2012

4 BRUGES, M. L.B. M.P. (2001). *A Importância do Estudo do Autoconceito no Doente com Diagnóstico de Cancro*. Enfermagem Oncológica*,* Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, (5), N°19, 2001, 20-25

5 Carvalho, J. (2010). *O Homem portador de carcinoma da próstata: uma transição no masculino*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

http://hdl.handle.net/10400.16/757

6 Esteves M. (1994).*Alteração da imagem corporal*. Divulgação. Porto. Ano VIII, nº 31 (Jul. 1994)

7 World Health Organization (2011).International statistical classification of diseases and related health problems. Malta: WHO Library Cataloguing

8 Meleis, A. (2010). Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.New York: Springer Publishing Company

9 World Health Organization. Solar O, Irwin A. (2010) *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).Geneva: WHO Library Cataloguing - in- Publication Data

www.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf - 797k

10 Tones, Keith e Tildford, Sylvia (2001). *Health Promotion. Effectiveness, Efficiency and Equity*.

Nelson. United Kingdom. Thornes Ltd. Cheltenham

11 Atallah A. & Castro A. (1998). Fundamentos da pesquisa clínica. São Paulo: Lemos Editorial

12 Ramm, D.& Kane, R. (2011). *A qualitative study exploring the emotional responses os female patients learning to perform clean intermitente self-catheterisation*.Journal of Clinical Nursing,20, pp. 3152-3160

13 Borwell, B. (2009). *Rehabilitation and Stoma care: adressing the psychological needs*. British Journal of Nursing (Stoma Care Supplement),4 (18), pp20-24

14 Meleis, A., Sawyer, L., Im E., Messias, D., Schumacher, K. (2000) *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*.ProQuest Nursing Journals. pp 12

15 Goffman, E. (2008) *Estigma. Notas sobre manipulação da identidade deteriorada*.4º ed. Rio de Janeiro: LCT

16 REPE, Regulamento do Exercício da Profissão do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)

17 Amendoeira, J. (2014). Documento orientador à elaboração de Trabalho individual e de grupo: Santarém

A ESPIRITUALIDADE NA GESTÃO DO AUTOCUIDADO: QUE DESENHOS DE INVESTIGAÇÃO?

Fátima Cunha[1] & Cassilda Sarroeira[1]

[1]Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/ UIIPS/ UMIS

RESUMO

No sentido de analisar a metodologia utilizada nos estudos de investigação sobre o papel da espiritualidade na gestão do autocuidado na pessoa adulta/idosa, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, analisando-se 9 artigos obtidos através de uma pesquisa nas bases de dados EBSCO e Proquest, friso cronológico 2003-2013, palavra-chave e lógica booleana "spirit*" and "self care". Em termos metodológicos, 1 estudo utiliza um desenho transversal com abordagem quantitativa e qualitativa, 2 são quantitativos e 6 qualitativos. Destes, 6 incluem pessoas em processo de gestão do autocuidado em situações de doença crónica e 3 sem situação patologia associada. Os instrumentos centram-se nas temáticas: significado pessoal da espiritualidade, experiências espirituais, papel da espiritualidade no tipo e frequência do comportamento de autogestão e de procura de cuidados de saúde. Os estudos permitem-nos perspetivar o estudo desta temática utilizando diferentes metodologias e populações. O número de artigos identificados revela a necessidade de maior evidência, tornando-se necessário desenvolver estudos de investigação que nos permita compreender melhor o papel da espiritualidade na gestão do autocuidado.

Palavras-chave: Espiritualidade; Autocuidado; desenho de investigação

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the methodology used in the research studies on the role of spirituality in the management of self-care in adult / elderly person. This integrative literature review analyzes nine articles (Following the inclusion criteria), published between 2003-2013; obtained through a search in the EBSCO and Proquest data bases; using keywords "spirit *" and "self care". The methodologies mobilized by the authors, were: one study used a crossover design with quantitative and qualitative approaches; two are quantitative and six were qualitative. Six studies include people in the process of self-care management, in situations of chronic illness and the population of three studies had have associated pathology. The instruments focus the themes like: personal meaning of spirituality, spiritual experiences, role of spirituality in the type and frequency of the behavior of self-management and seeking health care. These studies allow the development of research of this issue using different methodologies and populations. The number of identified articles reveals the need for more evidence, making it necessary to develop research studies that will permit better understand the role of spirituality in the self-care management.

Keywords: Spirituality; self-car; research design

INTRODUÇÃO

A capacidade para cuidar de nós é influenciada por múltiplos fatores, a grande maioria modificáveis ao longo do ciclo vital. A tomada de decisão, a ação e a persistência na ação que está subjacente à capacidade de autocuidado impõem entre outros aspetos, a procura do sentido de vida e conhecimento de si. A espiritualidade surge como uma dimensão da existência humana, que através dos significados, crenças pessoais e propósitos da existência do homem ao longo do seu percurso de vida, poderá constituir-se como impulsionador da ação e persistência na ação de autocuidado.

Na área da saúde, a espiritualidade tem sido conceptualizada como um mecanismo de coping nas situações de doença (Baldacchino e Draper, 2001; Narayanasamy, 2002; Thuné-Boyle; Stygall; Kesthgar e Newnam, 2006) e uma dimensão importante da qualidade de vida (Panzini; Rocha; Bandeira e Fleck, 2007; Adegabolo, 2011).

Na especificidade da Enfermagem, esta dimensão espiritual surge por exemplo, nos focos para a prática definidos International Council of Nurses (2011): Bem-estar espiritual, Crença

espiritual e Angústia espiritual. A North American Nursing Diagnosis Association (2010) também considera como diagnósticos de enfermagem: disposição para o aumento do bem espiritual, angústia espiritual e religiosidade prejudicada.

Incorporar na prática clinica as evidências científicas impõe um olhar sobre a produção científica, seus resultados e metodologias que lhe estão associadas. É da consciência da importância desta problemática que surge a necessidade de sistematizar o conhecimento que permita compreender como tem sido estudado o papel da espiritualidade na gestão do autocuidado.

A capacidade para o autocuidado

Em enfermagem o conceito de autocuidado é definido na Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Orem (2001) como um comportamento apreendido e que tem todas as características de uma ação deliberada, o que implica um papel ativo na prática de atividades que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Esta capacidade é segundo a autora influenciada por fatores condicionantes básicos: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores de sistema de atendimento de saúde, fatores de sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais, a adequação e disponibilidade de recursos.

Apesar de não encontrarmos expresso por Orem a espiritualidade como um fator sociocultural, White (2010) refere que a espiritualidade é influenciada pela orientação sociocultural e combina fatores sociais e culturais. Segundo Pinto & Pais-Ribeiro (2007) a espiritualidade, constrói-se nos contextos socioculturais e históricos, estruturando e atribuindo significado a valores, comportamentos, experiências humanas, e por vezes materializa-se na prática de um credo religioso específico.

Recentrando-nos no modelo teórico de Orem e no entendimento da autora sobre a natureza da pessoa, compreendemos o facto da ciência do autocuidado necessariamente incluir a capacidade da pessoa para desenvolver ações deliberadas. A pessoa possui ao longo da vida capacidade de crescer e de se desenvolver (cognitivamente, fisicamente, emocionalmente, psicologicamente e espiritualmente), de refletir sobre si, de perceber o mundo e, de a partir dessa perspetiva, desenvolver esforços para ações que são benéficas para si e para os outros.

O termo ação de autocuidado (*self-care agency), refere-se segundo* Orem (2001), à capacidade que a pessoa tem para se envolver em ações de autocuidado.

Os processos utilizados para desenvolver o autocuidado, são denominados operações de autocuidado (*self-care operations)*, sendo identificados como operações estimativa, transacional

e produtiva. As operações de autocuidado estimativa referem-se ao processo investigativo para determinar as condições e os fatores que são necessários ao autocuidado (o que inclui conhecimento de si, do meio e os recursos para necessários para a saúde, vida e bem estar); as transacionais dizem respeito à capacidade de julgar e tomar decisões; e as produtivas, aos processos para levar a cabo a ação, o que inclui processos cognitivos assim como as habilidades psicomotoras (Orem, 2001). Olhando ainda para as capacidades e disposições que influenciam a estrutura do *self-care agency,* constatamos que segundo a autora, as disposições individuais (nomeadamente conhecimento de si) afetam os objetivos estabelecidos.

A espiritualidade influencia o significado que uma pessoa atribui à vida, à saúde e bem-estar, assim como o valor do corpo humano. Influi as reflexões individuais, os julgamentos e decisões que são necessárias, em nosso entender, nas operações de autocuidado transacional.

Conceito de espiritualidade

Frequentemente o termo espiritualidade remete para a ligação da pessoa a uma determinada religião. Contudo, reconhece-se que há formas de espiritualidade em ateus. Clarificando a destrinça entre os dois conceitos Koenig et al (2001 cit in Panzini, 2007) afirma que a religião refere-se a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente e, a espiritualidade como a procura pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar a ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos.

Embora não haja uma única definição de espiritualidade, dado à subjetividade do conceito e à abundância de perceções e interpretações individuais, emergem nos autores consultados três temas comuns nos conceitos de espiritualidade: a relação intrapessoal, a consciência de um poder superior e o reconhecimento do mundo mais amplo.

Mendes (2006, p. 158) refere que a dimensão espiritual "envolve uma relação consigo mesmo, com os outros, com um Ser Supremo (Deus), ou a Vida ou a Natureza e com o ambiente na sua globalidade. A espiritualidade envolve sentimentos, significados e propósitos para a existência do homem ao longo do seu trajeto de vida". White (2010) define a espiritualidade como, as crenças pessoais relacionadas ao seu sentido subjetivo de conexão existencial incluindo crenças que refletem as relações com os outros, aceitação de um poder superior, e reconhece o lugar do indivíduo no mundo, o que leva a práticas espirituais.

Outro conceito, desenvolvido através de uma revisão da literatura realizada por Tanyi (2002) com objetivo de contribuir para a clarificação do significado da espiritualidade e a sua relevância para a saúde e para a enfermagem, refere que a espiritualidade é uma procura pessoal de significado e propósito de vida, podendo ou não estar relacionada com a religião. Implica conexão com as escolhas pessoais ou crenças religiosas, valores e práticas que dão sentido à vida, assim como, inspirar e motivar as pessoas para alcançar seu ideal. Essa conexão traz fé, esperança, paz e *empowerment*.

A forma como o enfermeiro vê a pessoa tem de contemplar a dimensão espiritual, pois a consciencialização e transformação espiritual podem ocorrer em diferentes circunstâncias da vida, o que exige que o enfermeiro a mobilize na sua prática clinica.

A necessidade de sistematizar o conhecimento acerca desta temática, motivou o presente estudo com o qual se pretende *analisar como tem sido estudado o papel da espiritualidade na gestão do autocuidado na pessoa adulta/idosa*, pelo que se colocam as seguintes questões: *Qual a metodologia utilizada? Que populações foram estudadas? Que instrumentos de avaliação foram utilizados?*

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura (Whittmore e Knafl, 2005), desenvolvendo-se a pesquisa para o efeito em Junho de 2013, em duas fases (quadro nº 1).

Quadro nº 1 – Esquema da pesquisa

Fases da pesquisa	1ª fase	Bases de dados	CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Database of Systematic Reviews, Academic Search Complete e Cochrane Methodology Register (via EBSCO); Family Health, Health & Medical complete, Health Management, Nursing & Allied Health Source, Psychology Journals (via Proquest)
		Palavras-chave	Spirit*; self-care (lógica boleana AND)
		Critérios de inclusão	- estudos publicados entre Maio 2003 e Maio de 2013; - abordagem quantitativa e qualitativa; - publicados em língua portuguesa, espanhola, francesa e inglesa; - disponíveis em *full text*; - participantes: pessoas adultos e/ou idosos em situação de gestão do autocuidado
		Critério de exclusão	- estudos cuja população fossem pessoas com doença mental.
	2ª fase	Fonte de pesquisa	- listas de referências bibliográficas dos artigos identificados na 1ª fase (7)
		Critérios de inclusão e exclusão	Iguais aos utilizados na 1ª fase

Na primeira fase, após exclusão de artigos repetidos, leitura do título e resumo e aplicando os critérios definidos foram identificados 7 artigos. Na segunda fase, nas listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados, foram identificados mais 2 estudos.

RESULTADOS

Foram analisados 9 artigos, identificando-se a questão de investigação, os objetivos do estudo, o modelo/teoria subjacente e os elementos do desenho de investigação (tipo de estudo, população/amostra, instrumentos), que se apresentam no quadro nº 2.

Os termos de espiritualidade e autocuidado não surgem em todas as questões e objetivos de investigação de forma explícita, mas pela leitura dos estudos, encontraram-se conceitos e associações a estes, sendo essa a razão da sua seleção.

No que se refere aos objetivos dos estudos, cinco estudos procuram compreender o papel da espiritualidade na autogestão da doença crónica (Harvey, 2006; Harvey e Silverman, 2007; Harvey, 2008; Casarez, et al., 2010; Bhattacharya, 2013), um estudo pretendeu identificar a relação entre fatores condicionantes básicos [entre os quais a religião] e comportamentos saudáveis, *self-care self-efficacy* (Callaghan, 2005); explorar a espiritualidade no contexto cultural de Afro-americanos e como este se relaciona com comportamentos de procura de cuidados de saúde foi o objetivo do estudo de Figueroa, Davis, Baker, Bunch (2006); um estudo analisou como a religião/espiritualidade influencia o processo de coping em adultos que vivem com HIV (Tarakeshwar, Khan, Sikkema, 2006); Callaghan (2006) pretendeu identificar a influência específica do *spiritual growth*, na capacidade dos idosos para cuidar de si; por fim, um estudo teve como objetivo compreender como é que as mulheres idosas usam a espiritualidade na gestão da doença, bem como delinear se a etnicidade difere no uso da espiritualidade para gerir uma doença crónica (Harvey, 2008).

Quanto às teorias/modelos subjacentes, 3 estudos não assumem modelo de referência, 3 estudos, baseiam-se na Teoria Social Cognitiva de Bandura (1997) e 3 estudos fazem a integração de conceitos a partir de três modelos e teorias [Modelo de Promoção da Saúde de Pender (1996), Teoria Social Cognitiva de Bandura (1997), Teoria do Deficit de Autocuidado de Enfermagem de Orem (2001].

Elementos do desenho de investigação

Em termos metodológicos, 1 estudo utiliza um desenho transversal com abordagem quantitativa e qualitativa, 2 são quantitativos e 6 são de natureza qualitativa [entrevistas (4), Grounded theory (1) e focus grupo (1)].

Como participantes, foram mobilizadas pessoas em processo de gestão do autocuidado despoletado por diferentes situações de doença crónica (6) e pessoas em processo de gestão do autocuidado sem situação patologia associada (3) (quadro nº 2); a tipologia de amostragem é na sua maioria, não probabilística. De referir, que nos estudos de Harvey (2006) e Harvey & Silverman (2007), a amostra utilizada foi encontrada a partir da população de um estudo primário, que procurava descrever e comparar as mudanças a longo prazo no comportamento de autocuidado de idosos afroamericanos e americanos de raça caucasiana.

Quadro nº 2 – Elementos do desenho de investigação

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR, ANO PUBLICAÇÃO. FONTE. PAÍS	QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	OBJETIVO DO ESTUDO	POPULAÇÃO/AMOSTRA	METODOLOGIA
Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults	Callaghan, Donna. 2005 Journal of Community Health Nursing. USA	Quais a relação entre os fatores condicionantes básicos selecionados e comportamentos de auto-cuidado para a promoção de saúde, *self-care self-efficacy e self-care agency* numa população idosa?	Identificar a relação entre fatores condicionantes básicos seleccionados e comportamentos saudáveis, *self-care self-efficacy*.	**Amostra:** 235 idosos, compreendidas entre os 65 - 98 anos. **Plano de amostragem:** Amostra de conveniência, por redes, recrutada em diferentes contextos da comunidade [centros de dia, clubes seniores e da comunidade em geral].	**Método:** Quantitativo, (descritivo, inferencial) **Modelo teórico subjacente:** Modelo de Promoção da Saúde de Pender (1996), Teoria Social Cognitiva de Bandura (1997), Teoria do Deficit de Autocuidado de Enfermagem de Orem (2001).
Self-management of a chronic illness: An exploratory study on the role of spirituality among older African American women.	Harvey, Idethia. 2006; Journal of Women & Aging. USA	Como é que os membros da população em estudo usam as suas práticas espirituais na autogestão da sua doença crónica?	Compreender o papel da espiritualidade na autogestão da doença crónica	**Amostra:** 10 Mulheres afroamericanas com doenças crónicas **Plano de amostragem:** amostragem	**Método:** Qualitativo (Análise de narrativas, Entrevistas) **Modelo teórico subjacente:** Teoria Social Cognitiva de Bandura (1997).
The influence of spirituality on health care-seeking behaviors among African Americans.	Figueroa, Lydia; Davis, Bertha; Baker, Spencer; Bunch, Johnnie. 2006. ABNF Journal USA	Como é que os afroamericanos descrevem espiritualidade? O que são comportamentos de procura de saúde, em afroamericanos Como é que a espiritualidade influencia os comportamentos de procura de cuidados de saúde, em afroamericanos	Explorar a espiritualidade no contexto cultural de Afro-americanos e como este se relaciona com comportamentos de procura de cuidados de saúde	**Amostra:** 34 Afroamericanos **Plano de amostragem:** Homens e mulheres; idades entre os 18 e 80 anos, recrutados em igrejas, organizações sociais e clínicas médicas. Constituídos 3 focus grupo, com 11 a 12 sujeitos cada um.	**Método:** Qualitativo (focus grupo) Análise de conteúdo **Modelo/Teoria subjacente:** Health Care seeking behaviors (Harris e Guten, 1979)
A Relationship-Based Framework of Spiritual for Individuals with HIV	Tarakeshwar, Nalini; Khan, Nadia & Sikkema, Kathleen. 2006. AIDS and Behavior USA	Indisponível	Analisar compreensivamente como a religião / espiritualidade influencia o processo de coping em adultos que vivem com HIV.	**Amostra:** 20 Indivíduos com HIV-positivo (10 homens e 10 mulheres) **Plano de amostragem:** Voluntários de uma clínica que responderam a um anúncio colocado em vários locais da clínica	**Método**: Qualitativo (entrevistas) **Modelo teórico subjacente**: Não assumido
The Influence of Growth on Spiritual	Callaghan, Donna.	Quais são as relações entre comportamentos de promoção	1) Identificar a influência específica do *spiritual growth* na capacidade	**Amostra:** 235 Idosos, entre os 65 e 98 anos de idade.	**Método:** Quantitativo Correlacional

Self-Care Agency in an Older Adult Population	2006. Journal of Gerontological Nursing. USA	de saúde e autocuidado, *self-care self-efficacy, self-care agency* numa população idosa? Existe relação significativa entre *spiritual growth* e *self-care agency* numa população idosa?	dos idosos para cuidar de si. 2) Identificar as relações entre os conceitos de comportamentos de auto-cuidado para a promoção de saúde, *self-care self-efficacy, self-care agency* nesta população.?	**Plano de amostragem:** Amostragem por redes, recrutados em diferentes contextos da comunidade [centros de dia, clubes seniores e da comunidade em geral].	**Modelo teórico subjacente:** Modelo de Promoção da Saúde de Pender (1996), Teoria Social Cognitiva de Bandura (1997), e Teoria do Deficit de Autocuidado de Enfermagem de Orem (2001).
The Role of Spirituality in the Self-management of Chronic Illness among Older African and Whites	Harvey, Idethia & Silverman, Myrna 2007 Journal Cross Cult Gerontol, USA	Como é que os idosos usam a espiritualidade para ajudar a gerir a sua doença crónica; Existem diferenças raciais no uso de espiritualidade?	Compreender o papel da espiritualidade na autogestão da doença cónica	**Amostra:** 88 Indivíduos (47 Afroamericanos e 41 Americanos de raça branca com 65 anos ou mais) **Plano de amostragem:** Amostragem aleatória por quotas (10%), da amostra do estudo principal	**Método:** qualitativo (entrevista) **Modelo teórico subjacente:** Teoria social cognitiva de Bandura (1997)
Assessing Self-management and Spirituality Practices Among Older Women	Harvey, Idethia, 2008, Journal of Health Behav.; USA	Não disponível	Objetivo geral: Compreender o papel da espiritualidade na autogestão das doenças cardiovasculares e artrite Específicos: 1) Compreender como é que as mulheres idosas usam a espiritualidade para ajudar a gerir a sua doença crónica; 2) Delinear se a etnicidade difere no uso da espiritualidade para gerir uma doença crónica	**Amostra:** <u>Componente quantitativa</u>, 492 mulheres afroamericanas e de raça caucasiana; idades entre 65 e 96 anos, viviam de forma independente na comunidade, diagnóstico médico de pelo menos uma de duas doenças crónicas (doença cardíaca isquémica e osteoartrite). <u>Componente qualitativa</u>, 24 mulheres selecionadas da amostra anterior (amostragem por quotas). **Plano de amostragem:** Componente quantitativa utilizou uma amostra aleatória a partir do arquivo de inscrição Medicare, estratificada por sexo, raça e doença a fim de facilitar a comparação adequada por etnia.	**Método:** Desenho transversal. Abordagem quantitativa e qualitativa (análise de narrativa) **Modelo teórico subjacente:** Teoria social cognitiva de Bandura (1997)
Spiritual Practices in Self-management of Diabetes in African Americans	Casarez, Rebecca; Engebretson, Joan & Ostwald, Sharon.	Não disponível	Explorar se as orientações espirituais de afro-americanos com diabetes 2 de amostras independentes são semelhantes? Identificar as práticas	**Amostra:** 18 indivíduos afroamericanos (4 homens e 14 mulheres com idades entre os 40 e 80 anos).	**Método:** Qualitativo (Entrevista)

	2010. Holistic Nursing Practice; Estados Unidos da América.		espirituais utilizadas pelos afro-americanos com diabetes 2 e como eles as integram nas orientações espirituais; Identificar como as práticas espirituais em cada orientação são incorporadas na autogestão da sua doença.	**Plano de amostragem:** Amostra intencional: indivíduos com 40 anos ou mais e que referiram ter diagnóstico de diabetes tipo 2 (DT2) há pelo menos 1 ano, capazes de executar a maioria das atividades de autogestão; recrutadas em contexto comunitário [igrejas americanas e num serviço de apoio a idosos].	**Modelo teórico subjacente:** Não assumido
Spirituality and Type 2 Diabetes Self-Management Among African Americans in the Arkansas Delta	Bhattacharya, Gauri. 2013. Journal of Social Service Research; Estados Unidos da América	Não disponível	1) Explorar as perceções de espiritualidade em Afroamericanos com diagnóstico DT2 2) Aprender a forma como as crenças espirituais podem influenciar a autogestão da DT2 através das experiências de vida e no seu contexto sociocultural.	**Amostra:** 31 indivíduos (15 homens e 16 mulheres Afroamericanos com mais de 45 anos). **Plano de amostragem**: Amostra de conveniência, em indivíduos com mais de 25 anos, referiam ter diabetes tipo 2 (DT2), pelo menos, 6 meses antes da data da entrevista. Amostra recrutada em diferentes contextos da comunidade [através de panfletos e envolvimento de lideres da comunidade].	**Método:** Qualitativo (Grounded theory) **Modelo teórico subjacente:** Não assumido

- *Instrumentos de colheita de dados*

Dos estudos selecionados, apenas um não expõe o instrumento utilizado. Nos restantes são referenciados 4 escalas (quadro nº 3). O Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality (Idler; Musick; Ellison; George; Krause; Ory; Pargament; Powell; Underwood & Williams, 2003) destina-se a avaliar a religiosidade/espiritualidade. É referenciado pelos seus autores como um instrumento que, não pretende abranger todos os aspetos da religião e espiritualidade, mas a avaliar aspetos desses fenômenos que possam ter alguma relação com a saúde. É multidimensional, breve, para que possa ser incluído na clínica ou em estudos epidemiológicos e apropriado para população adulta judaico-cristã.

Os outros instrumentos pretendem: **a)** avaliar como as pessoas agem em direção aos seus objetivos de saúde [Exercise of Self-Care Agency Scale (Kearney & Fleischer, 1979)] **b)** capacidade de auto-perceção para implementar comportamentos de saúde [Self-Rated Abilities for Health Practices (Becker, Stuifbergen, Soo Oh, & Hall, 1993)] **c)** comportamentos de promoção de saúde [Health-Promoting Lifestyle Profile II (Walker, Sechrist, & Pender, 1987)]. Ambos referenciados com boa fiabilidade e consistência interna (Callaghan, 2005; 2006).

Nos estudos qualitativos, as questões focaram-se: na avaliação do *stress e coping* em situação de doença crónica (Tarakeshwar, Khan, Sikkema 2006), comportamentos de procura de saúde (Figueroa, et al, 2006), no significado pessoal da espiritualidade (Bhattacharya, 2013; Tarakeshwar, Khan, Sikkema 2006; Figueroa, Davis, Baker, Bunch ,2006; Harvey e Silverman, 2007; Harvey, 2008), nas experiências espirituais (Bhattacharya, 2013; Tarakeshwar, et al., 2006; Harvey e Silverman, 2007; Harvey, 2008), assim como, o papel da espiritualidade no comportamento de autogestão (Bhattacharya, 2013; Tarakeshwar, Khan, Sikkema, 2006; Harvey, e Silverman, 2007; Harvey, 2008).

Quadro nº 3 - Instrumentos de colheita de dados

INTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS METODOLOGIA QUANTITATIVA	AUTOR
Health-Promoting Lifestyle Profile II – HPLP II(Walker, Sechrist, & Pender, 1987). • (52 itens; Escala de Likert de 4 pontos para medir comportamentos de promoção da saúde. • Composto por seis subescalas: responsabilidade em saúde, atividade física, nutrição, relações interpessoais, crescimento espiritual e gestão do *stress*. • Pontuações possíveis variam 52-208, com um ponto médio de 130. • Fiabilidade e consistência interna na versão usada para este estudo, os alfas para a escala total e subescalas variaram 0,70 - 0,93. **Self-Rated Abilities for Health Practices – SRAHP** (Becker, Stuifbergen, Soo Oh, & Hall, 1993) • (28 itens; Escala de Likert 5 pontos para medir a capacidade de auto-percepção para implementar comportamentos de promoção da saúde. • Composta por quatro subescalas: exercício (7 itens), bem-estar psicológico (7 itens), nutrição (7 itens), e práticas de saúde (7 itens). • Os escores totais variam de 0 a 112, com um ponto médio de 56. • Fiabilidade e consistência interna do instrumento usado neste estudo, os alfas para a escala total e subescalas variaram 0,82 - 0,94. **Exercise of Self-Care Agency Scale – ESCA** (Kearney & Fleischer, 1979). • (35 itens; Escala de Likert de 5 pontos para avaliar como a pessoa agem em direção aos seus cuidados de saúde. • Composta por quatro subescalas: autoconceito, iniciativa e auto-responsabilização, conhecimento e procura de informações, e passividade. • Pontuações possíveis variam de 0 a 140, com um ponto médio de 70. • Fiabilidade e consistência, para este estudo, os alfas para a escala total e subescalas variaram 0,70 - 0,89. **Questionário sociodemográfico** Idade, género, estado civil, nº de filhos, condições de habitação, sistemas de apoio, ocupação, raça, religião, educação, rendimentos, seguro de saúde, condições de vida, problemas de saúde e incapacidades.	Callaghan (2005); Callaghan (2006)
METODOLOGIA QUALITATIVA	**AUTOR**
Questionário sociodemográfico Idade, género, etnia, afiliação religiosa, rendimentos, educação, orientação sexual, estado relacional atual, e atividade sexual atual; **Questionário Crenças e práticas religiosas** • Mobilizando itens da Sub-Scales **Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality** (Idler et al., 2003) relativos a: práticas espirituais privadas; religiosidade organizacional; experiencias espirituais diárias; perdão; intensidade religiosa e espiritual; coping espiritual e história espiritual. **Guião de entrevista semi-estruturada** <u>a) Stress e coping com HIV / AIDS:</u> • Em que circunstâncias surgiu o seu diagnosticado? • Como lidou com o diagnóstico? • Que stressores enfrenta devido à sua situação de HIV? • Como tem lidado com essas dificuldades? <u>b) Espiritualidade e HIV / AIDS:</u> • O que significa espiritualidade para si e como pratica a sua espiritualidade? • Como e que a espiritualidade influenciou a forma de lidar com a doença? • Que dificuldades já vivenciou na sua vida espiritual? • Está ainda a enfrentar essas dificuldades? • Como está a lidar com esses desafios? • Qual o papel que o perdão tem na forma como lida com o HIV? • De que forma a espiritualidade influenciou a sua compreensão da morte? • Quais são as mudanças, na forma como observa a sua espiritualidade, desde que foi diagnosticado HIV?	Tarakeshwar et al, (2006).
Guião de entrevista semi-estruturado 1. Pode descrever-me por palavras suas o que para si significa espiritualidade? 2. Quando necessita de ajuda médica, onde vai? Quem o vê? 3. Quando necessita de conforto emocional, onde vai? Quem você vê?	Figueroa, et al, (2006).

4. Como é que a espiritualidade o influência no processo de cura? 5. Como é que a espiritualidade o ajuda a decidir se vai ou não ao médico? 6. Quão importante é o seu médico ou enfermeiro ser uma pessoa espiritual? 7. Se lhe for diagnosticada uma doença terminal irá procurar orientação espiritual? 8. No que acredita a respeito da oração e cura? 9. No que acredita acerca de outras pessoas orarem por si? 10. Onde é que vai buscar a sua força?	
Guião de entrevista semi-estruturada 1. Até que ponto se considera a uma pessoa espiritual? [usando uma escala de Likert de 4 pontos]. 2. Disse-nos que era [muito, moderadamente, pouco, ou nada] espiritual. Há muitas maneiras das pessoas definem a espiritualidade. Ele pode significar coisas diferentes para pessoas diferentes. Gostaríamos de saber o que significa ser espiritual para si? 3. Também mencionou que seu problema de saúde mais importante é --------. As pessoas referem muitas maneiras diferentes da espiritualidade ou crenças espirituais os tem ajudado com seu problema de saúde mais importante. Pode dizer-me como suas crenças espirituais ou sentimentos sobre a espiritualidade o têm ajudado?	Harvey & Silverman (2007); Harvey (2008)
Guião de entrevista semiestruturada 1. Diga-me como cuida da sua diabetes; 2. O que significa espiritualidade para si? 3. Fale-me sobre as suas práticas espirituais, as coisas que faz diariamente ou semanalmente para mantê-lo ligado a sua espiritualidade, 4. As suas práticas espirituais influenciam a forma como cuida de sua diabetes? Se sim, como? 5. Acredita que as práticas espirituais devem ser incluídos num programa para melhorar a autogestão da diabetes? Se sim, como?	Casarez, et al., 2010
Temas abordados na entrevista **1.** Perceção de espiritualidade. 2. Perceção de religião. 3. Crenças espirituais, religião e práticas. 4. Crenças de Saúde e doença. 5. Relacionamento com Deus na autogestão da diabetes tipo 2 (sondar: curador, suporte ao autocuidado). 6. Sentimentos de angústia, preocupação, desamparo, desafios, fatalismo e desesperança em relação ao diagnóstico diabetes tipo 2 e autogestão da diabetes tipo 2. 7. Papel da Igreja na autogestão da diabetes tipo 2.	Bhattacharya (2013)

DISCUSSÃO

O número de estudos identificados é indicador da necessidade de desenvolver investigação, de abordagem quantitativa ou qualitativa, que permita compreender o papel da espiritualidade na gestão do autocuidado.

Espiritualidade e gestão do autocuidado

Analisando a dimensão espiritualidade, constatamos que persiste a necessidade de clarificar o conceito de espiritualidade, facto que advém da diversidade de perceções e interpretações individuais que lhe estão subjacentes. Esta diversidade apesar de contribuir para uma maior compreensão do fenómeno, constitui-se como uma desvantagem quando procuramos definir espiritualidade. Clarke (2009) alerta para a necessidade de clarificar e desenvolver uma reflexão crítica, de como a enfermagem entende a espiritualidade e assim a poder incorporar na sua prática.

Quanto à dimensão autocuidado, também esta, na pesquisa realizada, nem sempre está explícita, emergindo pela análise de outros conceitos. Nos estudos de Callaghan (2005; 2006) o autocuidado surge associado aos comportamentos de promoção da saúde, segundo Orem

(2001) a capacidade de autocuidado é também influenciada pela compreensão que a pessoa tem de saúde e bem-estar. Analisando a noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem, Bub, Medrano, Silva, Wink, Liss & Santos (2006) referem que no modelo de Orem a saúde é entendida como um estado de totalidade ou integridade que inclui o corpo, as reações emocionais, o desenvolvimento mental, as atitudes e as razões.

Callaghan (2005) no seu estudo mobiliza aspetos relacionados com a espiritualidade, enquanto dimensões da escala que utiliza (HPLP II), onde surge o crescimento espiritual. Utiliza também como uma das variáveis demográficas, a religião.

Nos estudos relacionados com a doença crónica é empregue o termo autogestão (Harvey & Idethia, 2007 e 2008; Casarez, et al., 2010). É associado a aspetos relacionados com à auto-monitorização e gestão de sintomas, bem como às consequências funcionais, emocionais, psicossociais ou de conforto das situações de saúde. Na teoria do autocuidado (Orem. 2001) este termo é frequentemente referido como autogestão do autocuidado, sendo o assumido como um subconjunto do autocuidado.

Quando uma pessoa se encontra em situação de doença crónica, a autogestão inclui as estratégias que lhe permitem minimizar os sintomas, participar na tomada de decisão sobre o seu tratamento e ganhar senso e controlo sobre a sua vida apesar da sua condição crónica (Kendall e Rogers, 2007 cit in Taylor e Renpenning, 2011). Por exemplo, no estudo de Harvey & Silverman (2007), a espiritualidade surge com um recurso que ajuda a enfrentar os diferentes desafios que vida diária, sendo como um mecanismo de coping através do qual encontram uma sensação de paz; os participantes utilizam as suas crenças espirituais para lidar com os aspetos negativos da sua saúde, acreditam que Deus detém o papel principal na auto-gestão da doença, como fonte de força.

Metodologia

A metodologia utilizada nos estudos selecionados, tanto são de natureza qualitativa como quantitativa, dependendo dos objetivos a que cada autor se propõe.

A maioria dos estudos são de natureza qualitativa, o que de algum modo é justificado pela temática em estudo, o seu caracter individual, que como Tanyi (2002) refere, "a espiritualidade é uma procura pessoal de significado e propósito de vida", e os investigadores qualitativos acreditam que existe sempre subjetividade na procura da verdade (Streubert e Carpenter, 2002).

População/Amostra

As populações estudadas são predominantemente oriundas de contextos comunitários, sejam ou não portadoras de doença, adultos e idosos (sendo este um dos critérios de

inclusão do presente estudo). Gostaríamos de perceber, como estas questões da espiritualidade e a gestão do autocuidado se desenvolvem em situações de internamento.

Coloca-se também a questão da origem dos estudos, dado que todos utilizam populações de participantes americanos, apesar de no estudo de Harvey (2006), estudar-se mulheres afroamericanas ou no de Tarakeshwar, Khan, Sikkema (2006) onde participaram mulheres e homens afroamericanos. O que acontece com pessoas de outras origens?

Instrumentos de colheita de dados

Nos estudos que utilizaram metodologia qualitativa, é mais evidente a procura do significado de espiritualidade para os participantes ("o que significa a espiritualidade para si e como a pratica", Tarakeshwar, Khan, Sikkema (2006); "pode dizer-me por palavras suas o que para si significa espiritualidade", Figueroa, Davis, Baker, Bunch (2006), bem como a relação desta com a gestão da situação de doença ("as suas práticas espirituais influenciam a forma como cuida da sua diabetes?", Casavez, Engebretson e Ostwald (2010). Tarakeshwar, Khan, Sikkema (2006), apesar de utilizar metodologia qualitativa, na caracterização dos participantes mobilizou itens da escala do Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality (Idler et al, 2003).

Quanto ao autocuidado, alguns dos instrumentos procuram compreender: tipo e a frequência da ação de auto cuidado; fatores inerentes à tomada de decisão; recursos internos e externos mobilizados e as estratégias desenvolvidas, para levar a cabo as ações de autocuidado.

Considerando o modelo teórico de Orem, estes diferentes aspetos enquadram-se nas ações deliberadas de autocuidado. Desenvolver a ação para satisfazer os requisitos de autocuidado requer a mobilização de três tipos de operações de autocuidado (estimativas, transacionais e produtivas). Contudo a teórica alerta para o facto de, o subprocesso destas operações começar com a capacidade de investigar (Taylor & Renpenning, 2011). Sendo que quando uma pessoa reúne informações ou reflete o curso da ação, ou mesmo, quando se começa a agir, é provável que se necessite de voltar a procurar mais informação ou a avaliar a situação, de modo a validar a decisão de agir (ibidem). O conhecimento de si, do meio e os recursos necessários para a vida, saúde e bem-estar surgem como resultado desejado da capacidade de investigar as condições e fatores internos e externos significativos para o autocuidado, naquilo que são consideradas como operações estimativas.

O desenvolvimento de instrumentos que possam ter relação com a saúde, mas que também avaliem a espiritualidade em pessoas que não seguem nenhuma religião, surge como uma preocupação entre investigadores. Reflexo disso é o estudo desenvolvido por Meezenbroek, et al. (2012) que, através de uma revisão selecionou e discutiu 10 instrumentos que podiam ser

usados para avaliar a espiritualidade como um fenômeno universal, sendo a Spiritual Well-Being Questionnaire (SWBQ, Gomez & Fisher, 2003) identificada como a mais promissora.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa permitem-nos perspetivar o estudo desta temática utilizando diferentes metodologias e populações. O número de artigos identificados revela a necessidade de maior evidência. Estudar o papel da espiritualidade na gestão do autocuidado é procurar respostas para a mobilização dos recursos internos da pessoa na forma como esta cuida de si.

Dos artigos selecionados, só 3 são da autoria de enfermeiros (Calaghan, 2005 e 2006; Casavez, Engebretson e Ostwald, 2010), o que revela a necessidade de estas temáticas serem abordadas e estudadas por estes, pois sabemos o autocuidado é um foco de extrema importância para as pessoas, sendo até em Portugal considerado com um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), associado ao bem-estar.

BIBLIOGRAFIA

Baldacchino, Donia & Draper, Peter (2001) *Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature.* JAN, 34(6):833-841

Narayanasamy, Aru. (2002) *Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients, British journal of nursing,* 11 (22): 1461-1470

Thuné-boyle, I.; Stygall, J.; Kesthgar, M.; Newnam, S. (2006) *Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literatura.* SS & M, 63 (1): 151-164.

Panzini, Raquel; Rocha, Neusa; Bandeira, Denise & Fleck, Marcelo (2007) *Revisão da literatura: Qualidade de vida e espiritualidade*. RPC, 34 (1): 105-115

Adegabolo, Maxine (2011*) Spirituality, Self-Efficacy, and Quality of Life among Adults with Sickle Cell Disease*. SOJNR, 11(1): 1-16.

Orem, Dorothea (2001) *Nursing concepts of practice.* (6ª ed.), Mosby, St. Louis, Missouri.

White, Mary Louise (2010) *Spirituality and self care: Exanding Self care Deficit Nursing Theory.* Tese submetida à School of Wayne State University Detroit, Michigan para obtenção do grau de Doutor em Filosofia.

Panzini, Raquel (2004) *Escala de Coping religioso – Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validadção da escala RCOPE, abordando relações de saúde e qualidade de vida*. (dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 238 p.

Tanyi, Ruth (2002) *Nursing Theory and development or analysis: Towards clarification of the meaning of spirituality*. JAN, 39(5), 500–509

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005) *The integrative review: updated methodology*. JAN 52(5), 546–553

Harvey, Idethia (2006) *Self-Management of a Chronic Illness: An Exploratory Study on the Role of Spirituality among Older African American Women.* JW & A, Vol. 18(3):75-88.

Harvey, Idethia & Silverman, Myrna (2007) *The Role of Spirituality in the Self-management of Chronic Illness among Older African and Whites*. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22:205-220

Harvey, Idethia (2008) *Assessing Self-management and Spirituality Practices Among Older Women*. *JHB*, 32(2):157-168

Casarez, Rebecca; Engebretson, Joan & Ostwald, Sharon (2010) *Spiritual Practices in Self-management of Diabetes in African Americans.* HNP, 24(4):227-23.

Bhattacharya, Gauri (2013) *Spirituality and Type 2 Diabetes Self-Management Among African Americans in the Arkansas Delta*, JSSR, 39:4, 469-482, DOI: 10.1080/01488376.2011.647989

Callaghan, Donna (2005) *Healthy Behaviours, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults.* JCHN 22(3): 169–178

Figueroa, Lydia; Davis, Bertha; Baker, Spencer; Bunch, Johnnie (2006) *The influence of spirituality on health care-seeking behaviors among African Americans.* ABNF J, 17(2):82-88.

Tarakeshwar, Nalini; Khan, Nadia & Sikkema, Kathleen (2006) *A Relationship-Based Framework of Spirituality for Individuals with HIV.* AIDS and Behaviour, 10 (1):59-70

Callaghan, Donna (2006) *The Influence of Spiritual Growth on Self-Care Agency in an Older Adult Population*. JGN, 32(9): 43-51.

Bub, M.B.C.; Medrano, C.; Silva, C.D.; Wink, S.; Liss; P.; Santos, E.K.A. (2006) *A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem*. TCE; 15 (Esp); Florianópolis; 152-7.

Taylor, Susan (2004) *Teoria do défice do autocuidado de enfermagem*. In: Tomey, A.M.; Alligood, M. (ed) Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. (5ª ed) Lusociência, Loures

Taylor, Susan & Renpenning, Katherine (2011) *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice.* Springer publishing company. New York

Streubert, H.J.; Carpenter, D.R. (1999) *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. (2ª ed.) Lusociência: Loures

Mendes, J (2006) *Como inserir a espiritualidade no processo terapêutico. S,* 54 (4):158-164.

Mendes, Karina; Silveira, Renata & Galvão, Cristina (2008) *Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. TCE, Florianópolis; 17(4): 758-64.

Clarke, J. (2009) *A critical view of how nursing has defined spirituality*. JCN, 18, 1666-1673

CUIDAR DE CRIANÇAS EM RISCO: PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE SITUAÇÕES DE MAUS-TRATOS

Joana Gonçalves[1], Regina Ferreira[1] & Joaquim Duarte[1]

[1] Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém

RESUMO

Este artigo expõe a síntese do relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Atualmente, as políticas nacionais e internacionais são cada vez mais pautadas pelo investimento na área da proteção da criança, contudo os números estatísticos de maus-tratos contra crianças e jovens, continuam a crescer.

Prevenir a sua ocorrência, identificar precocemente as situações e encaminhá-las, são objetivos major da intervenção do enfermeiro, nesta área.

Metodologia: Revisão Sistemática da Literatura, com pesquisa em bases de dados científicas (2008 a 2013).

Objetivo: Analisar as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro considerando a Prática Baseada na Evidência na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Resultados: Conhecer o enquadramento legal é uma mais-valia para garantir a qualidade dos cuidados e a proteção da criança em risco. A notificação de maus-tratos é obrigatória. Adquirir competências nesta área específica é fundamental para promover medidas preventivas.

Conclusões: Mobilizar a Prática Baseada na Evidência nos cuidados de enfermagem à criança em risco contribui para uma intervenção competente, científica e atual.

Palavras-chave: Enfermeiro, Maus-tratos, Prevenção, Crianças em risco, Tratamento

ABSTRACT

This article presents a summary of the internship report submitted to a Master´s degree in Nursing Health of Children and Youth.

Currently, although national and international policies have put an increasingly greater emphasis on the investment in child protection, in fact, the statistical figures on child and teenager's abuse are still increasing.

Prevention of its occurrence, early identification of the situations and their referral are main goals of the nurse's intervention in this area.

Methodology: Systematic review of the literature, with research on scientific databases (2008 to 2013).

Goal: Analyze the nurse's interventions considering the evidence-based practice in the field of Paediatric and Child Health Nursing.

Results: Knowing the legal framework is an advantage to guarantee the quality of the care and the protection of the child at risk. The notification of abuses is mandatory. Acquiring skills in this specific field is essential to promote preventing measures.

Conclusions: Mobilize evidence-based practice at the nursing care provided to the child at risk contributes to a competent, scientific and modern intervention.

Keywords: Nurs*, Child abuse, Prevention, Risk, Treatment

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio da Criança em Risco. Os maus-tratos em crianças e jovens são hoje um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial, com uma focalização cada vez mais intensa, embora sejam uma realidade com registos desde a história da humanidade. No período greco-romano o abandono de crianças, infanticídio e aborto eram práticas usuais; entre os séculos I a V d.C., estimulou-se o respeito pela criança, mas na Idade Média o abandono tornou-se novamente comum (Sei, 2004, citado por Ramos *et al*., 2007). O século XX é o século dos direitos da criança, sendo edificado um quadro jurídico-legal de proteção às crianças; surgiram as associações, instituições e organizações em prol da infância. Todavia, e mesmo com o reconhecimento do valor da infância, permanecem os registos de maus-tratos (Aragão *et al.*, 2004, citado por Ramos *et al.*, 2007).

A análise da situação da infância em Portugal caracteriza-se por um conjunto de avanços e retrocessos, impasses e desafios na afirmação dos direitos da criança e na edificação de condições de bem-estar social para este grupo (Tomás e Fernandes, 2011). Portugal foi um dos primeiros países a aprovar uma Lei de Proteção à Infância, (1911), a consagrar a infância com direitos fundamentais, na Constituição da República (1976), e a ratificar, em 1990, a Convenção sobre os Direitos da Criança.

A sociedade e o estado têm deveres na promoção e proteção das crianças (Lei Constitucional número (nº) 1/2005, de 12 de Agosto, Artigo (Art.º) 69º; Convenção dos Direitos da Criança, 1990). Os princípios orientadores da intervenção dos vários setores do Estado neste domínio encontram-se definidos na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99), e no Despacho nº31292/2008. No âmbito da saúde, a Lei de Bases da Saúde, aprovada em Agosto de 1990, também releva as crianças e adolescentes enquanto grupos de risco, preconizando a tomada de medidas especiais para ambos.

A legislação portuguesa define os maus-tratos como "fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa (…) com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos. Pode causar sequelas físicas, cognitivas, afetivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte" (Despacho nº31292/2008:49210). Reportando-se a "(…) qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima" (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011:7), os maus-tratos ocorrem sempre no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder entre a criança e o indivíduo maltratante, resultando de um conjunto de comportamentos passivos (omissão ou negligência no cuidar/afetos) ou ativos (físicos, emocionais ou sexuais) (Magalhães, 2004).

Não existe uma definição concluída para o que se considera uma criança de/em risco; aceita-se a sua existência quando, "(…) por qualquer ato ou omissão, ocorre perigo para a vida, integridade corporal ou psíquica da criança, ou ainda, quando o menor se encontra em situação de abandono e desamparo, (…)" (Martins, 2008:23). As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Entende -se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo (Despacho nº 31292/2008:49210).

Evidências demonstram que os maus-tratos a crianças e jovens são um dos problemas mais importantes entre os que afetam a qualidade de vida na infância e na adolescência, com

consequências a vários níveis (Cordeiro, 2003). Resultados de pesquisas ao nível da Neurobiologia revelam o efeito biológico dos maus-tratos a nível cerebral (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002). A OMS estima que em todo o mundo cerca de 40 milhões de crianças foram vítimas de alguma forma de maus-tratos (Organização das Nações Unidas, World Report on Violence against children, 2006).

Em Portugal, no ano de 2013, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) acompanharam 71567 processos, mais 2560 que em 2012 (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco [CNPCJR], 2014). Dados do relatório 2012 da Comissão de Acompanhamento da Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco (DGS, 2013) revelaram que em 2012 foram registadas 6815 sinalizações de suspeita/confirmação de situação de maus-tratos na rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), constatando-se um aumento de 25 % de casos desde 2011. A Ordem dos Enfermeiros [OE] também alerta para a existência de "(…) um nº significativo de crianças que são abandonadas ou negligenciadas (OE, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados de saúde da Criança e do Jovem [RPQCEESCJ], 2011:2).

Qualquer abordagem eficaz à prevenção de abuso e negligência na infância deve envolver as causas e os diversos interesses e necessidades de todos os que são afetados pela situação. Sendo considerado um problema multidimensional, a perspetiva de intervenção sistémica, multidisciplinar e articulada, assume um papel primordial, devendo as estratégias estar ajustadas às necessidades da criança e família, integrando os recursos disponíveis que possibilitem respostas específicas e adequadas (DGS, 2008). "Nesta perspetiva, a OMS adotou, em 2002, um «modelo ecológico» que permite a interpretação do fenómeno dos maus-tratos enquanto realidade multifacetada que se expressa a diferentes níveis da vida dos cidadãos" (DGS, 2008:10). A intervenção do enfermeiro (Enf.º) na avaliação do fenómeno e encaminhamento subsequente deve basear-se nos princípios deste modelo, já que a teoria ecológica de Bronfenbrenner (1979; 1998), adaptada para a situação da criança/adolescente em risco/vítima de violência no seio da família, permite conhecer as ligações entre fatores de risco, desde o nível individual até aos contextos cultural, económico, social e político, agir preventivamente e assim diminuir a ocorrência de mais um tipo de violência (OMS, 2002). Promover a erradicação das circunstâncias que conduzem aos maus-tratos nas suas diversas manifestações e atenuar os efeitos nas crianças, são objetivos dos profissionais que intervêm neste âmbito. A prevenção de maus-tratos constitui a prioridade fundamental, enquanto tentativa de redução do número de situações através de medidas legais, de ações para melhorar ou preservar o ambiente e as condições de vida, de

intervenções médicas e/ou recorrendo à educação para a saúde, com uma participação efetiva da criança/família (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2003). "Através da prevenção primária (…), procura-se evitar a existência de uma série de situações de risco relacionadas com uma maior probabilidade de ocorrência de maus-tratos infantis (…)" (Paúl e Arruabarrena, 1996, citado por Azevedo e Maia, 2006 e por Lima, 2006:13,14). O reconhecimento de grupos mais vulneráveis e da criança em risco situa-se ao nível da prevenção secundária, com o objetivo de detetar precocemente as situações de risco e proporcionar a mudança da situação. Com as estratégias de prevenção terciária pretende-se reduzir a duração e gravidade das sequelas dos maus-tratos, procurando-se a reabilitação ou o tratamento. Uma vez sinalizada a situação, o objetivo major neste nível de prevenção é a proteção da criança, assegurando a sua segurança, integridade física e psíquica, procurando ainda evitar a recorrência (De Paúl e Madariaga, 1996, citado por Azevedo e Maia, 2006, e por Lima, 2006).

Segundo a Inspeção-Geral da Saúde (2006), a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental na sinalização precoce das situações de risco infantil, sobretudo a nível local, através dos centros de saúde e hospitais. Assim, "(…)torna-se indispensável assegurar o funcionamento de um Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco [NHACJR] em todos os hospitais (…))" (DGS, 2007:10). Os núcleos são equipas multidisciplinares que polarizam motivações e saberes sobre maus-tratos em crianças e jovens, apoiando os profissionais da instituição nas intervenções neste domínio, constituindo uma interface na articulação e cooperação entre serviços e instituições. O Enf.º, enquanto elemento obrigatório da composição do Núcleo, deve não só conhecer o contexto sociocultural e recursos comunitários da realidade em que cuida, como demonstrar motivação e capacidade de intervir com crianças e jovens em risco; é fundamental possuir formação e experiência de base na área da saúde da criança e do jovem, assim como formação específica no âmbito dos maus-tratos, enquadramento legal, protocolos de atuação, procedimentos de sinalização e complementaridade funcional entre as diversas estruturas que intervêm em situações de risco (Despacho nº 31292/2008).

Para a obtenção de ganhos em saúde nesta área, prevenindo a ocorrência/recorrência de situações e evitando o perigo, é fundamental investir na prevenção e na identificação das crianças em risco e do meio que as rodeia, e ainda que todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados para a questão, motivados, dotados de competências apropriadas e disporem de mecanismos reais de cooperação que lhes proporcionem segurança e efetividade no trabalho desenvolvido.

OBJETIVO GERAL:

Analisar as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro considerando a Prática Baseada na Evidência na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Criticar os resultados da Prática Baseada na Evidência (PBE), tendo por base a Revisão Sistemática da Literatura (RSL) na área dos maus-tratos em crianças/jovens;

Analisar os contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área dos maus-tratos em crianças e jovens.

MATERIAIS, MÉTODOS E PROCEDIMENTOS:

Com o objetivo de confrontar a prática de cuidar nos contextos de ensino clínico com as evidências científicas, iniciou-se o processo com a aposta numa área de interesse que desse corpo ao trabalho desenvolvido nos contextos práticos, contextualizando-a, de forma fundamentada. Neste sentido, o enquadramento concetual surgiu da necessidade de aprofundamento teórico relativo à problemática em estudo, refletindo a análise, e permitindo a orientação na construção da questão de investigação.

Para estruturar a abordagem da problemática em análise através do recurso às bases de dados científicas, foi definida a pergunta em formato PI[C]O, permitindo a orientação nas opções estratégicas e metodológicas de pesquisa e consequente contexto de análise: *"Cuidar de crianças e jovens em risco (P): qual o papel do enfermeiro (I) na prevenção e tratamento (O) de situações de maus-tratos?"*

Após a definição da pergunta, iniciou-se o processo de pesquisa, que na sua génese tem a identificação das palavras-chave. Enunciaram-se e hierarquizaram-se as palavras-chave de acordo com a conceptualização efetuada: *Enfermeiro, maus-tratos, crianças em risco, prevenção, tratamento*. Os termos apurados no contexto desta metodologia, foram submetidos à plataforma MeSH (Medical SubjectsHeadings) Browser: Enfermeiro – nurs*; Maus-tratos – child abuse; Prevenção – prevention; Crianças em risco – risk; Tratamento – treatment.

Na etapa seguinte da RSL, e depois de encontrados os descritores, procedeu-se à pesquisa nas bases de dados científicas CINAHL Plus*withFullText,* MEDLINE *withFullTex*t*e Nursing&AlliedHealthCollection Basic*, no dia 27 de Dezembro de 2013, às 15horas, de acordo com os seguintes limitadores:

Quadro nº1: Limitadores de pesquisa nas Bases de dados

CINAHL Plus *with Full Text*	**Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Dezembro 2008 a Dezembro de 2013; Resumo disponível; Qualquer autor é enfermeira; Prática baseada em evidência; Humano; Faixa etária: InfantNewborn, Infant, ChildPreschool, Child, Adolescent; Texto completo em PDF;**
MEDLINE *with Full Text*	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Dezembro de 2008 a Dezembro de 2013; Resumo disponível; Humano; Faixa etária AllChild;
Nursing & Allied Health Collection Basic	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de Dezembro de 2008 a Dezembro de 2013;Texto completo em PDF.

Com a finalidade de selecionar os artigos mais adequados ao objetivo da revisão foram definidos critérios de inclusão/exclusão, conforme apresentado no Quadro nº2.

Quadro nº2: Critérios de inclusão/exclusão de artigos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Incluídos artigos publicados entre Dezembro 2008 e Dezembro 2013 (inclusive).	Excluídos artigos publicados antes de Dezembro 2008 (não inclusive) e depois de Dezembro 2013 (não inclusive).
Incluídos artigos publicados cuja população alvo sejam crianças e jovens em risco	Excluídos artigos publicados cuja população alvo sejam crianças sem fator de risco associado ou sejam adultos
Incluídos artigos publicados que analisem/estudem o papel do enfermeiro perante as crianças e jovens em risco e/ou vítimas de maus-tratos	Excluídos artigos publicados que não analisem/estudem o papel do enfermeiro perante as crianças e jovens em risco e/ou vítimas de maus-tratos

Procedeu-se à pesquisa de cada palavra-chave individualmente, ao cruzamento de cada palavra-chave com as outras e ao cruzamento final entre todos os descritores, obtendo-se um total de quatro artigos, sendo apenas um selecionado, dado que três foram excluídos por não refletirem o papel do Enf.º perante as crianças e jovens em risco e/ou vítimas de maus-tratos. Por forma a dar continuidade à RSL, tentando comparar a prática com evidências científicas, e para melhor compreensão/fundamentação da problemática em estudo, foram selecionados, dos cruzamentos anteriores, três artigos resultantes do

cruzamento entre *nurs*, child abuse, prevention e risk*, e quatro artigos resultantes do cruzamento entre *nurs*, child abuse e prevention*, já que o seu conteúdo se revelou de extrema importância para fundamentar a prática desenvolvida nos contextos.

Foi efetuada a análise crítica dos oito artigos selecionados, com recurso à escala de Guyatt e Rennie (2002) para caracterizar o grau de evidência. As evidências encontradas foram confrontadas com as atividades desenvolvidas nos contextos da prática, durante o Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II, analisando e refletindo sobre as competências adquiridas.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde têm um protagonismo especial na prevenção, deteção precoce dos maus-tratos às crianças e no seu tratamento, enquanto conjunto de intervenções legalmente definidas, desde a sinalização à reintegração social da criança/jovem, com evicção do risco e/ou perigo. Os contextos onde exercem funções assumem-se como locais de observação privilegiados. A identificação dos sinais de alarme é um passo prévio e imprescindível para a intervenção e orientação, devendo a deteção ser o mais precoce possível. Um estudo descritivo-transversal, desenvolvido por Pabiś, *et al*. (2011), conclui que frequentemente são os enfermeiros que têm o primeiro contato com a criança maltratada; devem estar atentos aos fatores de risco e sinais de alerta e sintomas, embora por si só não sejam suficientes para diagnosticar a violência; devem ser analisados diferentes sintomas conjugados, e eventual repetição de episódios; sugere ainda que os enfermeiros necessitam de treino teórico e prático na identificação de crianças maltratadas, como ajudá-las de forma profissional e como trabalhar em equipa multidisciplinar na gestão deste problema.

Francis *et al.* (2012) desenvolveram um estudo exploratório-descritivo, através da metodologia da teoria fundamentada, concluindo que a tarefa de cuidar e garantir a proteção das crianças é da responsabilidade dos enfermeiros, estando os mecanismos de proteção definidos legalmente. Em cooperação com uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro pode ajudar na proteção adequada da criança e na otimização dos resultados (Stavrianopoulos e Gourve, 2012). Para a identificação de situações de risco em muito contribui uma avaliação inicial de enfermagem sistemática e detalhada, com incidência no contexto e estrutura familiares, a qual foi realizada a todas as crianças internadas. Nos vários contextos de ensino clínico foi desenvolvida uma intervenção de enfermagem adequada à situação clínica do recém-nascido/criança/jovem, com base na patologia de base, identificando precocemente situações de alarme e adequando os cuidados à evolução

clínica. Em situação de agravamento ou de necessidade de intervenção por outros profissionais, o encaminhamento foi efetuado após reflexão em equipa multidisciplinar. As situações de risco identificadas não foram referenciadas ao NHACJR ou CPCJ, tendo a equipa multidisciplinar decidido o acompanhamento em consulta/internamento de Pediatria para avaliação detalhada. Investiu-se na estratégia do ensino informal no âmbito da "Promoção das Necessidades da Criança/Jovem no sentido de uma Infância Segura, Saudável e Feliz", enquanto fator de proteção de negligência/maus-tratos.

A intervenção desenvolvida baseou-se na valorização os aspetos protetores e reforço positivo da resiliência e competências demonstradas. A prematuridade por si só é considerada um fator de risco de maus-tratos (DGS, 2011). O ensino clínico na Unidade de Neonatologia promoveu a oportunidade para o desenvolvimento de competências ao nível da prevenção secundária, com intervenção baseada numa avaliação contínua dos fatores de risco e de proteção. A intervenção do Enf.º a nível da prevenção é valorizada, com a articulação entre o Serviço de Obstetrícia/Grávidas de Risco e a Unidade de Neonatologia, permeada pela disponibilização do Álbum digital "Nascer Prematuro" a todos os casais grávidos de risco em que se suspeita de parto prematuro, o qual foi elaborado com imagens reais da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, permitindo aos pais o contato visual com fotografias do ambiente e da vasta tecnologia que envolve o recém-nascido. Taylor, *et al*. (2009), no seu artigo de opinião, aponta exatamente para a importância da intervenção dos profissionais de saúde na avaliação sistemática e rigorosa dos fatores de risco e das necessidades das crianças/pais; a eficácia da prevenção de maus-tratos decorre da melhoria das competências dos pais, ajudando-os a identificar as dificuldades específicas e mutáveis que podem impedir a sua capacidade de oferecer segurança, carinho e cuidados de desenvolvimento para os filhos. Refere ainda a importância de avaliar a evidência diária de fatores de risco e de proteção, tendo como foco a criança. Francis, *et al*. (2012), ressalta que, a tarefa de garantir a proteção das crianças é da responsabilidade dos enfermeiros, embora muitos profissionais desconheçam o enquadramento legal de proteção à infância, e apontem a falta de confiança e competência para sinalizar. A notificação obrigatória é uma responsabilidade profissional e deve ser incluída na formação dos enfermeiros (Francis *et al.*, 2012). Meads, *et al.* (2010), ao avaliarem um programa de implementação de um instrumento de triagem de crianças maltratadas, referem que apenas 1% das situações sinalizadas na Nova Zelândia provêm de médicos e enfermeiros, alertando para a importância da consciencialização das equipas para as questões do abuso/negligência. Em 2013, em Portugal, os Serviços de Saúde foram responsáveis por apenas 5,3% das

sinalizações de situações de perigo às CPCJ (CNPCJR, 2014). Uma das competências legalmente definidas e regulamentadas da equipa de profissionais do NHACJR é precisamente a de sensibilizar, formar e capacitar os profissionais para a área dos maus-tratos à criança.

A recolha de evidências num serviço de urgência pediátrica e a manutenção de provas médico-legais em situações de abuso é da competência do Enf.º. A revisão da literatura (1996-2009) efetuada por Stavrianopoulos e Gourve (2012), revela que os enfermeiros que cuidam de crianças abusadas e famílias nos serviços de urgência desempenham um papel vital ativando uma equipa multidisciplinar e recolhendo evidências médico-legais, em articulação com o Pediatra. Os referidos autores alertam também para a importância do fator medo, referindo que os enfermeiros não devem ter medo de solicitar investigação, de notificar, devendo ser comunicados, todos os casos de abuso, às autoridades competentes. Lowers, *et al.* (2012) desenvolveram um estudo qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas a 27 profissionais, dos quais 6 enfermeiros, de 7 hospitais holandeses, apontando o fator medo como um dos mais influentes na decisão de não notificar situações de maus-tratos, assim como o défice de conhecimentos sobre a problemática, a falta de tempo para desenvolver protocolos adequados, registar a suspeita e para organizar a informação, e a inexistência de um responsável para promover a sinalização e deteção de suspeita/abuso. No seu estudo, os mesmos autores apontam soluções para o problema, nomeadamente ao nível das Administrações Hospitalares - com a criação de oportunidades de formação e nomeação de um "Comissário de Abuso Infantil" (em Portugal, de acordo com a legislação atual, passa pela implementação em cada hospital do NHACJR, com intervenção coordenada, dinâmica e efetiva).

Neste sentido, na intervenção desenvolvida nos contextos de ensino clínico, foram elaborados os protocolos "Atuação em Caso de Suspeita de Mau Trato a Crianças e Jovens", "Atuação em Caso de Suspeita de Abuso sexual de Menores," e a "Ficha de Sinalização – Criança/Adolescente em Situação de Risco/Perigo", com base nas Orientações Técnicas da DGS. Stavrianopoulos e Gourve (2012) esclarecem de forma clara e concisa o papel do Enf.º, sendo que o protocolo de intervenção na situação de mau trato/abuso sexual reflete essas mesmas evidências: garantir a segurança da criança, ajuda e apoio à família em situação de crise, ativação de equipa multidisciplinar (em Portugal, NHACJR e CPCJ) que responde à divulgação, recolha de evidências, tratamento de feridas e apoio emocional, com elaboração final de relatório.

Nos contextos da prática foi notório o nível de incerteza face aos serviços de proteção à Infância (Eisbach e Driessnack, 2010), acrescentado à evidência de que o relato do abuso/negligência é uma experiência stressante para os profissionais (Francis, *et al*., 2012). Os mesmos autores referem a responsabilidade profissional de notificação obrigatória; as diretrizes atuais obrigam ao relatório de situações quando há uma suspeita razoável (Eisbach e Driessnack, 2010), garantindo a saúde e segurança da criança, com comunicação às autoridades de todos os casos de suspeita (Stravrianopoulos e Gourve, 2012).

Foram desenvolvidas sessões de formação, no sentido de capacitação dos enfermeiros para o cuidar da criança em risco, mediada pela reflexão e partilha de experiências e conhecimentos. Pabiś, *et al*. (2011), no estudo descritivo-transversal desenvolvido com enfermeiros pediátricos na Polónia, refere que a violência contra crianças muitas vezes não é discutida, sendo que apenas 12% dos enfermeiros envolvidos no estudo referem estar confiantes das suas habilidades na identificação de sinais de maus-tratos. Eisback e Driessnack (2010), concluem que o ponto de divergência na comunicação de processos se situa ao nível dos conhecimentos e competências profissionais dos enfermeiros.

A revisão da literatura aponta exatamente no sentido da formação teórico-prática como estratégia de capacitação dos enfermeiros para o cuidar eficaz e eficiente em todo o processo que envolve a criança em risco ou vítima de maus-tratos. Após a realização do estudo exploratório-descritivo para compreender os processos de tomada de decisão face à questão da criança em risco, Francis, *et al*. (2012) concluem que a formação dos profissionais deve ser explícita e atualizada, com base em aprendizagens interprofissionais. Consciencializar a equipa para as questões do abuso/negligência torna-a mais capacitada para lidar com o problema (Meads *et al*., 2010). O suporte bibliográfico disponibilizado – Manual "Intervenção do Enf.º perante a criança em risco" permitirá à equipa multidisciplinar o acesso rápido e organizado a toda a informação relativa aos maus-tratos, perigo, risco, fatores de proteção, responsabilidade dos serviços de saúde e enquadramento legal.

A decisão de investimento na área da formação dos profissionais foi baseada nas evidências de vários estudos desenvolvidos nos últimos anos e, na realidade, a educação com recurso à formação estruturada é a base para a deteção do abuso infantil (Louwers, *et al*., 2012). A área específica da intervenção perante a criança em risco/vítima de maus-tratos, enquanto área do conhecimento especializado em enfermagem relevante para a qualidade dos cuidados, foi fundamentada através da RSL, confrontando os resultados com a prática dos cuidados. O caminho conducente ao desenvolvimento do projeto de investimento pessoal foi paralelo à aquisição das competências para a intervenção competente, refletida e

baseada na evidência, que caracteriza os cuidados de enfermagem especializados à criança/família.

Ressalta-se, enquanto limitação, a inexistência de evidências científicas portuguesas, e evidencia-se que o sistema legal de proteção da infância e consequente intervenção do Enf.º nas situações de risco/maus-tratos são específicos, nomeadamente ao nível da constituição e intervenção dos NHACJR.

Conclui-se que o foco de intervenção do Enf.º devem ser as circunstâncias económicas e sociais em que o risco/perigo é provável, atuando ao nível da prevenção primária através de políticas favoráveis à família (Taylor *et al*., 2009). Cuidar e garantir a proteção das crianças é da responsabilidade dos enfermeiros, estando os mecanismos de proteção definidos legalmente (Francis *et al.,* 2012). A notificação obrigatória é uma responsabilidade profissional e deve ser incluída na formação dos profissionais (Francis *et al.*, 2012). Pabiś *et al*. (2011), sugerem que os enfermeiros necessitam de treino teórico e prático na identificação de crianças maltratadas, como ajudá-las de forma profissional e como trabalhar em equipa multidisciplinar na gestão deste problema.

Os resultados dos estudos analisados vão ao encontro da prática de enfermagem que se tentou desenvolver no percurso de construção da competência, com um investimento ao nível da prevenção primária e secundária, trabalhando em parceria com os pais/cuidadores na promoção da parentalidade e na capacitação para a autonomia na satisfação das necessidades da criança/jovem. Sensibilizou-se pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. A elaboração de guias orientadores de boa prática e a normalização de protocolos/ficha de sinalização contribuem para a organização do processo de intervenção perante a criança em risco.

Salienta-se a importância desta Revisão Sistemática da Literatura enquanto mais-valia para a intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e para a melhoria da qualidade dos cuidados. É imprescindível prevenir as situações de maus-tratos em crianças e jovens. Os ganhos obtidos traduzem-se em conhecimentos e competências que serão mobilizados diariamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família, mas também na oportunidade de partilha e divulgação de evidências científicas e de desenvolvimento de formação de pares nesta área específica.

BIBLIOGRAFIA

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design.* Cambridge: Harvard University Press

Bronfenbrenner, U. e Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In Damon, W. e Lenner, R. Handbookof Child Psychology. Vol I: *Theoretical Models of Human Development* (pp.993-1028). New York: Wiley

Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco [CNPCJR] (2014). Relatório anual de avaliação de atividade das CPCJ no ano 2013. Lisboa: CNPCJR. Acedido em 28 de Maio de 2014 em http://www.cnpcjr.pt/

Conselharia de Proteção Social - Direção Geral da Família, da criança e das adopções (2004). *Promoção e proteção dos direitos das crianças: guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. 1ª ed. Revista. Valencia: Generalitat Valenciana. (ISBN 84-482-4361-7)

Cordeiro, M. (2003). Maus tratos a crianças e adolescentes: chegou o momento de dizer «basta!». *Rev Port Clín Geral*, 19, pp.151-160.

Despacho nº 31292/2008. *Diário da República nº236/05 de Dezembro de 2008 – II série*. Ministério da Saúde. Portugal (Ação de Saúde para Crianças e Jovens).

Direção-Geral da Saúde (2007*). Crianças e jovens em risco – Projeto de intervenção nos serviços de saúde.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 10 de Março de 2013 em http://www.dgs.pt/

Direção-Geral da Saúde (2008). *Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde. Documento técnico.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 10 de Março de 2013 em http://www.dgs.pt/

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). *Ação de saúde para crianças e jovens em risco – Comissão de acompanhamento: relatório 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 10 de Janeiro de 2014 em http://www.dgs.pt/

Direção-Geral da Saúde (2011). *Ação de saúde para crianças e jovens em risco – Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção***.** Lisboa: Direção-Geral da Saúde - Divisão de Comunicação e Promoção da saúde no ciclo de vida. Acedido em 10 de Março de 2013 em http://www.dgs.pt/

Eisbach, S. e Driessnack, M. (2010, Oct). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *J Clin Nurs*, 4 (15), pp. 317-323.

Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J. e Grant, J. (2012, Apr). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemp Nurse* , 1 (41), pp. 58-69.

Guyatt, G. and Rennie, D. (2002). *User´s guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical practice.* Chicago: American Medical Association. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC128970/#

Inspeção-Geral da Saúde (2006). *Atendimento e encaminhamento, nos estabelecimentos e serviços do sistema nacional de saúde, das crianças e jovens em risco*. Lisboa: IGS.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale [INSRM] (2003). *Santé des enfants et des adolescentes: propositions pour la préserver*. Paris: les éditions INSERM.

Lei Constitucional nº1/2001. *Constituição da Republica Portuguesa* (2005). 7ª revisão (art.º 64º, Saúde, e 69º, Infância) Portugal.

Lei nº 48/90. *Diário da República nº195/24 de Agosto de 1990 – I série, base II – alínea c)*. Ministério da Saúde. Portugal (Lei de Bases da Saúde).

Lei nº 147/99. Diário da República nº204/1 de Setembro de 1999 - I série – *A*. Assembleia da República (Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo).

Lima, L. (2006). *Os Maus Tratos Infantis.* Lisboa: Centro de estudos multiculturais. Acedido em 20 de Abril de 2013 em http://www.multiculturas.com/textos/maustratos_infantis_Licinia-Lima.pdf

Louwers, E., Korfage, I., Affourtit, M., Koning, H. e Moll, H. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12 (167), pp. 1-6.

Magalhães, T. (2004). *Maus Tratos em Crianças e Jovens: guia prático para profissionais*, 4ª ed., Coimbra: Quarteto Editora (pp. 142).

Martins, C. (2008, Maio). Maus-tratos infantis: Prevenção, diagnóstico e Intervenção. *Sinais Vitais,* 78, pp. 23-26.

Meads, E., Fair, N., Newltn, M. e Davis, C. (2010, Mar). Reducing Rates of Child Abuse. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 2 (17), p. 30.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem***.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização das Nações Unidas [ONU] (2006). *World report on violence against children*. Geneva: United Nations. Acedido em 15 de Março de 2013 em http://www.unicef.org/violencestudy/Cover%20World%20Report%20on%20Violence%20against%20Children.pdf

Organização Mundial de Saúde (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization (pp.364).

Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B. e Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *J Adv Nurs* , 2 (67), pp. 384-393.

Ramos, D., Amaral, F., Spínola, F., Lobo, G., Silva, H., Costa, I., Silva, J., Chaves, l., Júnior, T. e Miranda, V. (2007). A violência contra a criança e o adolescente: uma abordagem histórica e clínica. *Gaz. Méd. Bahia*, 77 (1), pp.98-102.

Stavrianopoulos, T. e Gourve, O. (2012, Oct-Dec). The role of the nurse in child sexual abuse in USA. *Health Sci J* , 4 (6), pp. 647-653.

Taylor, J., Baldwin, N. e Spencer, N. (2009). Predicting child abuse and neglect: ethical, theoretical and methodological challenges - Response to Harbison j (2009) Commentary on Taylor j, Baldwin N & Spencer N. *J Clin Nurs*, 18, pp. 2922-2923.

Tomás, C. e Fernandes, N. (2011). *Direitos da criança em Portugal: os desassossegos dos riscos na/da infância*. In IV Encontro Maus-Tratos, Negligência e Risco na Infância e na Adolescência; Maia, Novembro, 2011. Acedido em 15 de Março de 2013 em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15070/1/Direitos%20da%20crian%C3%A7a%20em%20Portugal_os%20desassossegos%20dos%20direitos%20da%20crian%C3%A7a%20ao%20longo%20de%20uma%20d%C3%A9cada.pdf

ENFERMAGEM AVANÇADA. CONTRIBUTO PARA O PROCESSO DE TEORIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

José Amendoeira[1 2], José Lourenço[1], Isabel Barroso[1], Maria do Carmo Figueiredo [1], Olimpia Fonseca[1], Celeste Godinho[1], Alcinda Reis [1], Fátima Saragoila [1] & Mário Silva [1]

[1] Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/ UIIPS/ UMIS
[2] Investigador integrado no CESNOVA. Investigador no CIIS/UCP

INTRODUÇÃO

A Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), historicamente posicionada na *linha da frente* dos processos de mudança ao nível da formação de enfermeiros, desenvolve há cinco anos formação pós graduada ao nível de mestrado, no sentido do desenvolvimento de competências nos enfermeiros, focalizadas numa lógica de aprendizagem ao longo da vida, procurando a construção de conhecimentos e capacidades de compreensão e resolução de problemas, em contextos multidisciplinares, valorizando em primazia os relacionados com a área disciplinar de Enfermagem.

De entre as capacidades referidas, destacam-se as relacionadas com um conhecimento elevado de si próprio para um agir com conhecimento especializado, promovendo o desenvolvimento pessoal e do meio, visando cuidados de elevada qualidade, numa visão de complexidade da ação de cuidar em Enfermagem.

Neste âmbito, a integração de conhecimentos, o lidar com questões complexas, o desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, remetem para a necessidade de fundamentar o processo de cuidados em enfermagem, valorizando as questões da complexidade e da intervenção enquanto profissional competente, relevando de entre os objetivos mobilizados para o efeito, o de comparar a prática baseada na evidência com outras formas de ação em enfermagem.

Este artigo emerge do desenvolvimento de uma estratégia integrada na Unidade Curricular (UC) de Enfermagem Avançada, dos Cursos de Mestrado referidos em epígrafe, na qual se valorizam, de entre alguns pressupostos, o permitir estabelecer objetivos e formular opções para a ação, baseada na prática, teoria e investigação, para uma intervenção caracterizada por um nível mais elevado de saberes, mobilizando para tal a experiência vivenciada, fundamentando de forma crítica e reflexiva os fenómenos vividos pelas pessoas numa área clínica de enfermagem.

Neste sentido, a opção estratégica da abordagem da UC suporta-se na via indutiva com o objetivo de promover a reflexão na ação e sobre a ação, mobilizando para a mesma a conceção teórica, por referência ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

Tendo como ponto de partida o desenvolvimento de narrativas individuais, considerando a diversidade e a singularidade dos cuidados de enfermagem, emergentes do grupo de mestrandos, valoriza-se naquela perspetiva o contexto, as pessoas, os processos e o tempo em que a ação decorre, por forma a criar condições para que a reflexão sistemática ocorra.

Constituem-se como objetivos deste artigo: descrever a metodologia utilizada na abordagem da UC Enfermagem Avançada; Analisar criticamente o resultado do trabalho desenvolvido nos últimos cinco anos; Identificar conceitos atributo utilizados como centrais à matriz do Processo de cuidados e sua relevância na análise crítica efetuada.

UMA ABORDAGEM ONTOEPISTEMOLÓGICA DA ENFERMAGEM AVANÇADA

A discussão em torno da enfermagem enquanto disciplina e profissão tem mobilizado muitos enfermeiros, estudantes e professores desta área do conhecimento desde há muitas décadas.

Partindo da identificação de três épocas: a época pré-Nightingale; a época de Nightingale aos anos 60 do século XX e dos anos 60 à atualidade (AMENDOEIRA, 2006)[1], todas elas consideradas de igual relevo, é na terceira época que situamos esta reflexão, por ser aquela em que o processo de teorização e consequentemente de construção do conhecimento em enfermagem, mais contributos tem trazido para o reconhecimento da importância de uma perspetiva única e singular para a abordagem do (s) fenómeno(s) complexo(s) que caraterizam a enfermagem do século XXI como uma área específica de conhecimento e de intervenção complexa em saúde.

Mas como podemos concretizar uma perspetiva que nos apoie no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem?

Uma abordagem ontoepistemológica permite-nos construir uma perspetiva única e singular de olhar o fenómeno da enfermagem enquanto intervenção complexa.

Sem uma clara distinção do nosso espaço metateórico, corremos o risco de cegamente utilizar os valores da prática de outras disciplinas, que podem não refletir necessariamente os da enfermagem, (ARSLANIAN-ENGOREN, 2005) [2]. Neste seguimento também o posicionamento de FAWCETT (2005)[3] se revela complementar: sendo as disciplinas distinguíveis pelo seu metaparadigma e havendo disciplinas com os mesmos conceitos globais ou conceitos análogos, só a explicitação da forma como a disciplina entende cada um

dos conceitos, bem como das relações que estabelece entre eles, poderá transmitir efetivamente o centro de interesse da disciplina.

Torna-se assim imperativo colocarmo-nos a questão ontológica, procurando resposta para a natureza dos fenômenos (i.e o que é isto?). Contudo sem a dimensão epistemológica não conseguiremos construir uma resposta de como os fenómenos são conhecidos (i.e. Como podemos compreender isto?).

É nesta dialética que nos posicionamos, concordando com (ARSLANIAN-ENGOREN, 2005) [2] sublinhando que a consistência concetual e filosófica é obtida de acordo com o trabalho dos cientistas e da sua visão ontológica do mundo. Se os cientistas de enfermagem e *Advanced Practice Nurses (APN's)* concretizarem o estudo e o conhecimento nesta disciplina partir desta perspetiva, incorporam o conhecimento empírico com diversas formas de saber, facilitando uma abordagem mais rica e holística no cuidado às pessoas.

Adotando uma perspetiva paradigmática que unifique os valores da disciplina de enfermagem, a profissão e a prática clínica desenvolver-se-ão, melhorando a compreensão e a visibilidade pela sociedade. Ao ignorar a complexidade dos fenómenos, a enfermagem torna-se uma ciência incompleta, não servindo os seus membros nem a sociedade.

O conceito de prática avançada é central para o desenvolvimento de uma enfermagem também "avançada" e tem assumido formas diferentes, dependendo da sua utilização no contexto. Para muitos, tornou-se sinónimo de trabalho do enfermeiro enquanto perito; outros consideram-no como um processo de desenvolvimento profissional contínuo com ênfase no desenvolvimento de competências. Além disso, torna-se intimamente ligada com o desenvolvimento da prática (CHRISTENSEN,2011).[4] O questionamento ao nível da epistemologia na definição com a prática avançada, relaciona-se com a focalização forte numa base de pesquisa científica ou de profundo enraizamento na prática. Contudo idealmente, deve abranger ambas as perspetivas (CHRISTENSEN,2011) [4]. De acordo com o mesmo autor, a Enfermagem Avançada decorre da perspetiva de que a produção de conhecimento em enfermagem se faz através dos avanços da investigação científica; a ciência de enfermagem desenvolver-se-á a partir da prática relacionada com os enfermeiros.

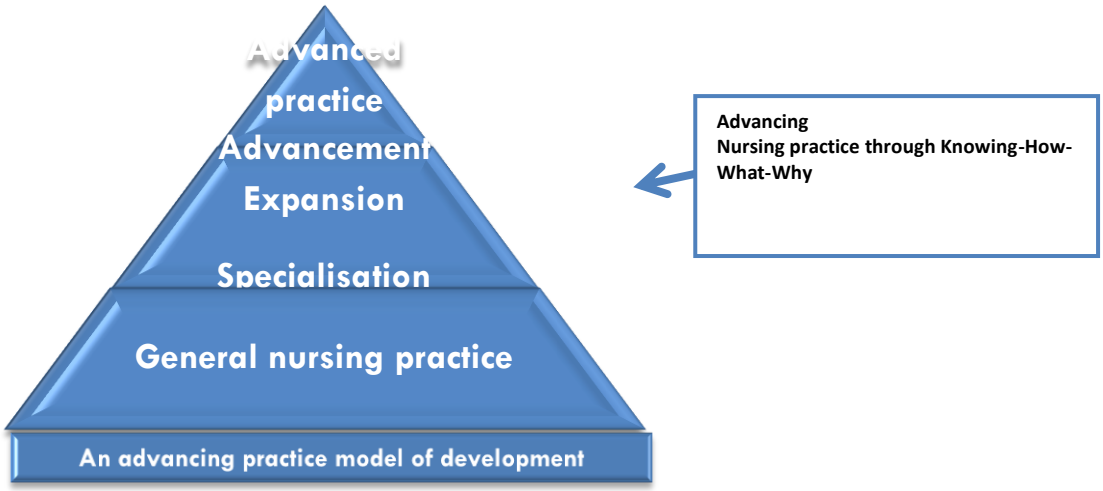


Figura I - Modelo de Desenvolvimento da Prática de Enfermagem Avançada – adaptado de CHRISTENSEN, Martin (2011) [4]

Também AMENDOEIRA (2006)[1], tem vindo a propor o desenvolvimento de um conceito central à Enfermagem Avançada, enquanto disciplina e profissão, conceito este que designamos por "processo de cuidados", entendido como o processo de interação cujo centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado que ele próprio executa e controla (AMENDOEIRA, 2006)[1], cuja responsabilidade de conceção, desenvolvimento e consolidação cabe ao profissional de enfermagem, enquanto trabalhador técnico-intelectual. Procurando contribuir para o esclarecimento ontoepistemológico do conceito de Enfermagem Avançada, situamo-nos na linha de pensamento de ARSLANIAN-ENGOREN, 2005[2] quando refere que existem diferentes formas de análise de conceito a saber: teórica e coloquial. Esclarece que cada uma tem a sua própria finalidade e evidências. O mesmo autor salienta ainda que as duas formas podem ser utilizadas, sugerindo-se diferentes desenvolvimentos teóricos. Aponta ainda a importância de que a análise de conceitos se deva basear na literatura científica ou numa diferente designação que menciona como coloquial. Ontologicamente, os conceitos podem mudar de significado com a mudança de contexto teórico. Isto significa que os conceitos só podem ser desenvolvidos como parte das teorias de maior dimensão. O desenvolvimento de uma teoria requer um compromisso moderado com o realismo e assim o desenvolvimento do conceito, também pressupõe "realismo moderado". Epistemologicamente justifica uma proposta de atributos definidos, que consigam explicar o padrão contextual do conceito. É exatamente esta a perspetiva que pretendemos desenvolver. PAIVA e SILVA (2007) [5] desenvolve uma perspetiva acerca do conceito, baseado na teoria das transições de MELEIS[6], caracterizando por oposição os conceitos de Enfermagem Avançada e Prática Avançada, considerando como atributos da

primeira o desenvolvimento de competências no âmbito do domínio do exercício; para este autor, este surge centrado nos processos de transição, no desenvolvimento disciplinar e numa linguagem comum. Apontam também o conceito de Prática Avançada conotando-o com desenvolvimento de competências centrado no domínio biomédico da prática clínica dos enfermeiros; nesta linha de raciocínio, o desenvolvimento disciplinar e de uma linguagem comum em enfermagem surgem desvalorizados. Dando corpo à questão dialética que pretendemos mobilizar, importa refletir no referido por CALLAGHAN (2008)[7] sobre a enfermagem cujos fenómenos identifica como dinâmicos e em mudança, surgindo a figura do enfermeiro como líder especialista e colaborador, bem como promotor das transições no paradigma emergente do conhecimento da disciplina.

Assume por isto relevada importância que consideremos que "Cada disciplina existe em parte, para providenciar conhecimento que será utilizado e isto tem associado um objetivo de aplicação na prática" (AMENDOEIRA, 2006, p.20)[1], conduzindo-nos à abordagem das caraterísticas da natureza da ação em enfermagem, essencial para mobilizar uma perspetiva de prática baseada na evidência (PBE), que de acordo com ATALLAH e CASTRO (1998)[8] é considerado "O uso consciente, explícito e judicioso" no contexto das evidências adotadas para a tomada de decisão dos enfermeiros nos cuidados individualizados. Assim a PBE sustenta-se num tripé que considera: a síntese da melhor evidência externa ou de pesquisa; a experiência do profissional e os valores e preferências centrados na pessoa/ família.

Podemos então afirmar a conceção de Enfermagem Avançada (AMENDOEIRA, GODINHO, REIS, PINTO, SILVA e SANTOS, 2013)[9] integrando os pressupostos: a produção do conhecimento ocorre essencialmente pela investigação que enfatiza a centralidade da pessoa no processo de cuidados, valorizando neste e, de forma integrada com as intervenções autónomas da enfermagem, também os resultados sensíveis a esses mesmos cuidados; a valorização da prática baseada na evidência, permite refletir a natureza da ação em enfermagem, suportada numa linguagem comum e universal, como contributo para a produção teórica válida e útil à sociedade; a ética e a profissionalidade caraterizam uma dimensão essencial ao reconhecimento do profissional competente, como aquele que mobiliza do conhecimento global, o conteúdo essencial ao atendimento da(s) singularidade(s) do participante no processo de cuidados; ao profissional enfermeiro (especialista do conhecimento) é reconhecida a metacompetência cognitiva, no sentido do agir em situação, recriando em cada momento de cuidar a resposta adequada às necessidades da pessoa singular cuidada.

É nesta perspetiva que associamos a dimensão do desenvolvimento de competências de autorreflexão, de reflexão na ação e reflexão sobre a ação. Atribui-se igualmente relevo ao exercício da profissão, no que concerne à prática clínica como campo privilegiado para a transferência do conhecimento produzido a partir dos pressupostos anteriores e de onde emerge a importância dos perfis de competências do enfermeiro de cuidados gerais/especialistas, relevando-se o seu conceito ao nível do enfermeiro de cuidados gerais como o referente a "… um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, p. 16)[10]. Nesta perspetiva o enfermeiro e nomeadamente o especialista assume-se como um profissional metacompetente, valorizando na natureza da sua ação, tanto a descrição como a possibilidade de monitorização do processo, considerando os conceitos de *competence* e *competency*, tal como preconizam diferentes autores (AMENDOEIRA, GODINHO, REIS, PINTO, SILVA e SANTOS, 2013)[9]. A conceção de profissional que aqui afirmamos aponta a existência de um poder relacional que na medida em que assume a «*expertise*» garante as credenciais e a autonomia essenciais à tomada de decisão no âmbito do processo de cuidados centrado na pessoa/cliente (AMENDOEIRA, 2008)[11]. De acordo com GODINHO E AMENDOEIRA (2012) [12] a habilidade para pensar de forma crítica tem sido amplamente estudada, sendo evidenciada como suscetível de influenciar o julgamento clínico e a tomada de decisão em enfermagem. Para os mesmos autores, o pensamento crítico, enquanto processo ativo e intelectualmente disciplinado, de conceptualizar, aplicar, analisar e sintetizar a informação colhida, inclui um conjunto de habilidades cognitivas, tais como interpretação, clarificação, dedução e inferência, que se relacionam com todas as etapas do processo de enfermagem.

Mobilizando uma estruturação holárquica do conhecimento (FAWCETT, 2005[3]; BUTTS e RICH, 2012[13]) releva a dinâmica que permite a produção de indicadores empíricos, que analisados à luz desta perspetiva são referentes a modelos teóricos e ou teorias, enquanto estruturas concetuais que suportem a PBE. Retomando a perspetiva proposta por CHRISTENSEN (2006)[4] mobilizamos a dimensão da especialização do conhecimento, permitindo enquadrá-lo na natureza disciplinar da enfermagem avançada. Alguns dos seus conceitos assumem claramente uma dimensão de interdisciplinaridade, para além da especificidade do conhecimento inerente a cada uma das áreas de especialização em enfermagem, que se desenvolvem nos cursos de mestrado em enfermagem da Escola Superior de Saúde. A perspetiva que defendemos para a compreensão da disciplina, sugere que o movimento seja concretizado numa abordagem indutiva, fazendo-a emergir da prática

clínica, aqui operacionalizada a partir do conceito de Processo de cuidados, mencionando-se os aspetos que os enfermeiros consideram como organizadores da sua prática.

DA PRÁTICA À TEORIA – O ESTATUTO DAS NARRATIVAS NA ORGANIZAÇÃO DO CONHECIMENTO

Procuraremos agora esclarecer os estatutos possíveis das narrativas na organização do conhecimento em enfermagem. Para AMENDOEIRA, BARROSO e SILVA (2014)[14] as narrativas da equipa de enfermagem favorecem a melhor compreensão da sua prática clinica, podendo ser conotadas como uma forma de estruturação e de interpretação das vivencias dos enfermeiros. As narrativas podem ser agrupadas segundo diferentes tipos: "Narrativas breves; Narrativas de Vivências; Narrativas populares; História de Vida; Narrativa como método e Narrativa como técnica", inserindo-se a que utilizamos na integração dos dois últimos tipos ORDAZ (2011) [15]. Na mesma perspetiva, é através dos relatos dos enfermeiros sobre a prática que se torna possível ter acesso a um universo de significados, saberes e valores dela orientadora. Valoriza-se desta forma o contexto, as pessoas, os processos e o tempo em que a ação decorre, por forma a criar condições para que a reflexão sistemática ocorra, considerando-se a diversidade e a singularidade dos cuidados de enfermagem, emergentes da narrativa do grupo de mestrandos.

A narrativa é uma das formas coerentes e adequadas para se obter informação acerca das práticas uma vez que permitem que seja mantido o elo fundamental entre saber e contexto. Consiste em contar um acontecimento de forma sequencial, seguindo uma estrutura que contempla a ação (descrição dos factos), as personagens, o tempo em que decorre a ação e a contextualização da ação. Ao narrar um acontecimento, o narrador reorganiza a sua experiência, de modo que esta tenha uma ordem coerente e significativa, dando um sentido ao evento. As narrativas são habitualmente versões editadas do que aconteceu, não se constituindo como descrições objetivas e imparciais, mas antes dependentes das escolhas que a pessoa faz, constituindo-se assim em narrativas de vivências em que a experiência se (re) constrói como um processo integrado no contexto da prática profissional. Assim, a Narrativa de Ação constitui-se como uma estratégia para descrever a prática clínica de cuidados, assumindo numa primeira fase a dimensão individual, a partir de diferentes contextos, tendo como organizador o conceito de processo de cuidados, permitindo a identificação de temas mais vastos que possibilitam o avanço para a formulação de questões clínicas, como suporte à revisão sistemática da literatura. A utilização da Revisão Sistemática da Literatura (RSL), constitui-se num estímulo ao desenvolvimento da investigação, no

sentido de o enquadrar como primeira fase do processo de teorização da prática, com recurso às etapas da PBE: analisar criticamente o contexto da prática [i] converter situações – problema em foco de reflexão sobre a prática [ii] identificar os conceitos principais a desenvolver, com recurso à utilização de uma linguagem comum à enfermagem como disciplina e ciência [iii] questionar a natureza da ação de enfermagem, com relevância para a compreensão das competências dos enfermeiros [iv].

Com esta abordagem partimos de um grupo de narrativas individuais que se constituíram nos temas que apresentamos em síntese nos quadros seguintes. O objetivo é formular uma questão por grupo de trabalho, de acordo com a metodologia PI[C]OD: população de interesse, [i] intervenções [ii], [C]omparações [iii], Outcomes (resultados),[iv] Design/Desenho do Estudo[v]. Esta estratégia pretende o desenvolvimento da competência dos mestrandos para a RSL como suporte à PBE nos contextos de cuidar, em que os saberes que os enfermeiros utilizam podem ser enquadrados no conhecimento que identifique a enfermagem avançada. Não sendo objetivo desta estratégia produzir investigação, mas antes desenvolver competências no âmbito da PBE, tem sido limitada a mobilização para a reflexão de até três estudos identificados a partir da pergunta formulada, e de acordo com as seguintes orientações: Definir o objetivo da revisão,[i] identificar a literatura[ii] , selecionar os (três) estudos a serem incluídos [iii] .

Neste sentido cada grupo define o protocolo de pesquisa, de acordo com orientações sustentadas na Cochrane Library e Joanna Briggs Institute, sob supervisão do respetivo professor orientador. O referido protocolo inclui, de acordo com a figura II: O objetivo da revisão sistemática de literatura, a questão formulada no formato PI[C]O ou PICo, a definição de termos ou palavras-chave (Descritores validados na Mesh Browser), a estratégia de busca e a definição das bases de dados e outras fontes de informação a serem pesquisadas.

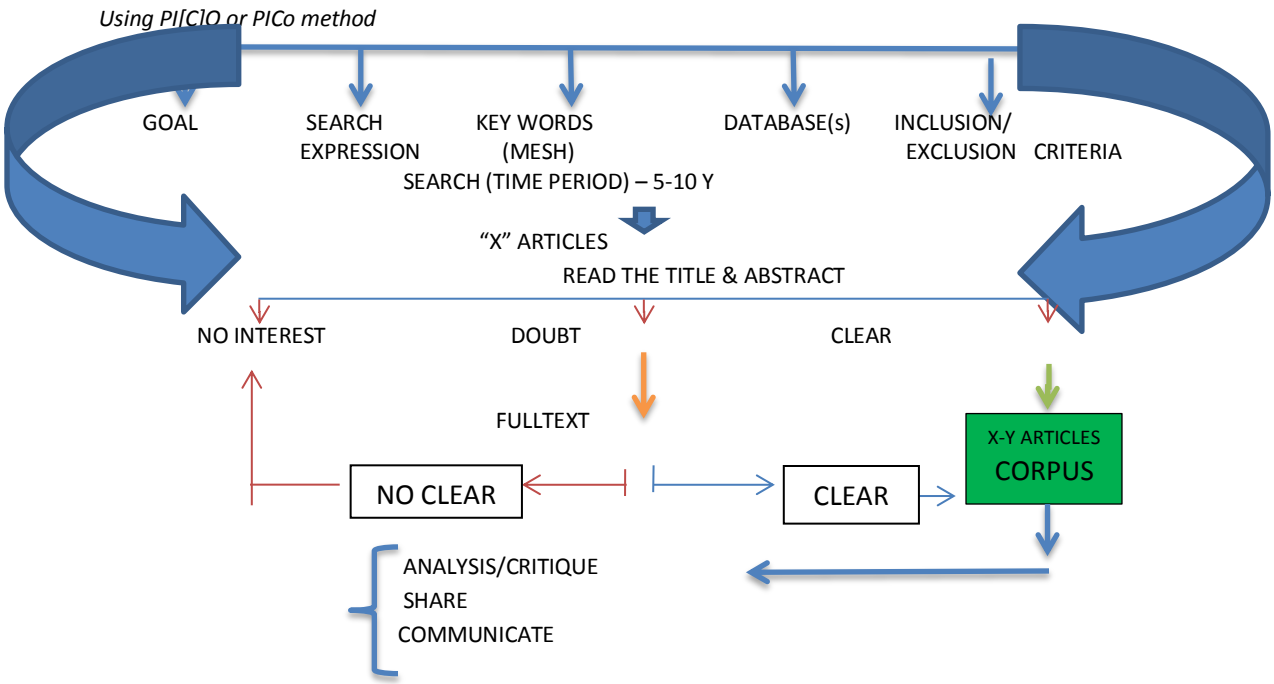


Figura II - QUESTION ABOUT A TOPIC- PI[C]O or PICo METHOD

DAS NARRATIVAS PRODUZIDAS ÀS DIMENSÕES DE UM MODELO DE ANÁLISE

Constituindo-se esta estratégia como fundamental para o processo de teorização da prática, mobilizamos a perspetiva de WALKER E AVANT (2011)[16], procurando com recurso ao modelo tradicional a identificação dos oito componentes propostos pelos autores, citados de RODRIGUES, AMENDOEIRA e PEREIRA (2013) [17], mobilizando para a análise futura dos atributos do conceito um conjunto de outros conceitos emergentes e que se constituirão como parte integrante do conceito em análise com o objetivo de suportar a proposta de modelo concetual *dinâmico* que pretendemos associar a esta metodologia. Cada uma das etapas a seguir constituir-se-à na matriz de referência para o desenvolvimento de trabalho futuro no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Avançada.

Nos quadros seguintes, descrevemos a evolução do temas estudados com recurso à RSL, identificando nesta fase a relação entre as narrativas produzidas individualmente de acordo com orientações comuns ao longo de um ciclo de cinco anos.

Quadro I – Identificação das narrativas individuais e temas emergentes na 1ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem.

NARRATIVAS INDIVIDUAIS	TEMAS
63	1. Interacção enfermeiro pessoa no processo de cuidados 2. Processo de Cuidados no âmbito da Preparação do Regresso a Casa 3. Acolhimento da pessoa no internamento 4. Processo de cuidados à pessoa em situações de imprevisibilidade 5. Processo de cuidados à pessoa em fim de vida 6. Processo de cuidados à pessoa em fim de vida 7. Processo de Cuidados à pessoa/família no domicílio 8. Processo de cuidados à pessoa dependente no autocuidado 9. Processo de cuidados à pessoa com necessidade de tratamento de feridas 10. Processo de Cuidados em contextos Multiculturais 11. Passagem de Turno e processo de cuidados 12. Autocuidado regime terapêutico 13. Formação e processo de cuidados 14. Centralidade da pessoa doente no processo de cuidados

Quadro II – Identificação das narrativas individuais e temas emergentes na 2ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem.

NARRATIVAS INDIVIDUAIS	TEMAS
66	1. Processo de Cuidados em contextos multiculturais 2. Cuidadores e centralidade da pessoa no processo de cuidados 3. Interacção enfermeiro pessoa no processo de cuidados 4. Processo de cuidados à pessoa em situação de imprevisibilidade 5. Processo de cuidados à pessoa dependente de autocuidado 6. Autocuidado: Gestão do regime terapêutico 7. Acolhimento da pessoa no processo de cuidados 8. Processo de cuidados na preparação do regresso a casa 9. Processo de cuidados à pessoa / familiares cuidadores 10. Centralidade da pessoa no processo de cuidados 11. Processo de cuidados à pessoa em transição situacional

Quadro III – Identificação das narrativas individuais e temas emergentes na 3ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem.

NARRATIVAS INDIVIDUAIS	TEMAS
50	1. Processo de Cuidados em contextos multiculturais 2. Cuidadores e centralidade da pessoa no processo de cuidados 3. Interacção enfermeiro pessoa no processo de cuidados 4. Processo de cuidados à pessoa em situação de imprevisibilidade 5. Processo de cuidados à pessoa dependente de autocuidado 6. Autocuidado: Gestão do regime terapêutico 7. Acolhimento da pessoa no processo de cuidados 8. Processo de cuidados na preparação do regresso a casa 9. Processo de cuidados à pessoa / familiares cuidadores 10. Centralidade da pessoa no processo de cuidados 11. Processo de cuidados à pessoa em transição situacional

Quadro IV – Identificação das narrativas individuais e temas emergentes na 4ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem.

NARRATIVAS INDIVIDUAIS	TEMAS
13	A relação interpessoal promotora do autocuidado A Co-construção da esperança na prestação de cuidados de enfermagem Promoção da saúde com adolescentes Cuidar na Multiculturalidade

Quadro V – Identificação das narrativas individuais e temas emergentes na 5ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem.

NARRATIVAS INDIVIDUAIS	TEMAS
18	1. A documentação do Processo de Cuidados. Da intuição à Linguagem Classificada 2. Transição para a Parentalidade 3. Envelhecimento ativo: intervenções de enfermagem 4. Autocuidado: Gestão dos regimes terapêuticos 5. A pessoa dependente de autocuidado 6. Processos de saúde/doença: uma abordagem pelo corpo 7. Intervenções complexas em situação de emergência 8. Empoderamento da pessoa na construção do projeto de saúde 9. Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes

ANALISANDO O PROCESSO DE CUIDADOS – PROPOSTA DE UM MODELO

Considerando o modelo de análise proposto, configuramos os atributos do conceito de processo de cuidados tal como descritos no quadro 6.

Constituindo-se como objetivos deste artigo, descrever a metodologia desenvolvida e identificar conceitos atributo utilizados como centrais à matriz de atributos do Processo de Cuidados, tais como descritos no quadro 6, procuramos neste tópico identificar para cada um dos conceitos atributo, algumas características definidoras, que posteriormente se constituirão como indicadores empíricos (FAWCETT, 2005[3]; BUTTS e RICH, 2012[13]) na perspetiva da classificação holárquica do conhecimento.

Quadro VI - Conceito de processo de cuidados e respetivos atributos

CONCEITO PROCESSO DE CUIDADOS	ATRIBUTOS
Processo de interacção onde o centro de interesse é a pessoa e, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla	Conceptualização do cuidado
	Organização do cuidado
	Interacção no cuidado
	Registo do cuidado

CONCEITOS ATRIBUTO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM **Interdisciplinaridade**	REFERENCIAIS TEÓRICOS
INTUIÇÃO	- Fonte de conhecimento que é recebido como um todo, imediato e não adquirido através de um processo analítico. - Processo não-linear de saber, percebido através da consciência física e consciência emocional e/ou através de conexões físicas ou conexões espirituais - Componente afetivo do pensamento crítico com um importante papel nos julgamentos clínicos - Uma das características das enfermeiras peritas.	-Fornece ao enfermeiro conhecimento específico para a ação num contexto particular. - A espiritualidade, a autoconfiança, a abertura de espírito e a experiência individual dos enfermeiros influenciam o uso da intuição. - São também favorecedoras do uso da intuição: o contato direto com a pessoa cuidada, a auto-recetividade a energia e a autoconfiança.	(EFFEKEN, 2007) [19] (LYNEHAM, PARKINSON e DENHOLM, 2008) [20] SMITH (2007) [21]
EMPOWERMENT	- Processo interativo: resultado das interações recíprocas entre as pessoas, ligando autonomia com responsabilidade /poder. - "Evolução de consciência", destacando-se: participação ativa no avançar para a efetivação.	- Objetivo relevantes: - Favorecer a efetiva participação dos cidadãos; ajudar a minimizar a incerteza, desenvolver uma consciência da mudança. - Fortalecer e mobilizar as pessoas no processo de cuidados; facilitar às pessoas a sensação de controlo. - Envolver as pessoas no processo de transição e acreditar na sua capacidade.	(McCARTHY e FREEMAN, 2008) [22] (HERMANSSON e MARTENSSON, 2010) [23]

PARENTALIDADE	Transição desenvolvimental e /ou situacional: -Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar e para otimizar o crescimento/desenvolvimento das crianças. -Interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto à adequação dos comportamentos parentais.	-Intervenção do Enfermeiro durante todo o ciclo gravídico-puerperal e no crescimento e desenvolvimento infanto – juvenil, a diferentes níveis como: educação pré-natal, preparação para o parto, educação para a parentalidade e prática da amamentação.	HOUZEL (2004) [24] MELEIS (2005) [6]
CORPO	-Consideramos o Corpo como gerador de significados e é atribuída grande importância ao corpo na ordem da interação. O pensamento complexo tem permitido construir um "olhar " sobre o corpo onde o mesmo é considerado como o veículo do ser no mundo. Podemos referir que estamos perante uma conceção de pessoa que integra várias dimensões, nomeadamente, experiências, organismo material e físico, emoções, mente, alma, corpo …, onde, enquanto pessoa, constrói, vive e realiza a sua individualidade de vida.	- Estamos perante a valorização por parte da Enfermagem, de um corpo integrado na pessoa – corpo expressivo de uma cultura, história de vida, onde a ação corporal constrói uma linguagem corporal que permite a ligação entre o corpo objeto, material e biológico e o corpo sujeito. Os enfermeiros mobilizam, reproduzem e/ou constroem saberes sobre o corpo, a partir do conhecimento disponível, e desenvolvem e utilizam saberes, enquanto implementação do conhecimento num sentido prático, que mobilizam nos diversos contextos diários na interação com a pessoa em processo de saúde/doença.	AMENDOEIRA (2006) [1] MERCADIER (2002) [25] MERLEAU-PONTY e MAURICE (1996) [26] RIBEIRO (2003) [27] WATSON (2002) [28]
INTERVENÇÕES COMPLEXAS	-Domínio das intervenções complexas: espaço de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais. São geralmente descritas como atividades com um número de componentes com o potencial para interações entre eles; aplicadas à população alvo pretendida, produzem uma série de possíveis e resultados diversos.	- Podem ser usadas em serviços de saúde, na saúde pública e em áreas de intervenção social. - Um outro exemplo: paragem cardiorrespiratória, exigindo uma perspetiva de abordagem complexa, aos níveis autónomo e interdependente das competências de enfermagem. - A resposta nesta situação é rápida e eficiente; o plano de tratamento passa por um conjunto de cuidados abrangentes, ou seja, multidisciplinar.	MEDICAL RESEARCH COUNCIL (2008) [29] MELEIS (2000) [30]
ENVELHECIMENTO ATIVO	-Processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da esperança e qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem, num quadro de solidariedade entre gerações. - "Ativo": participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. - Reconhecimento do ambiente como capacitador para a escolha de opções saudáveis ao longo da vida. -As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC): meios técnicos para manipular informação e promover a comunicação, incluindo o hardware e o software, esperando-se que as pessoas desenvolvam competências de literacia e digitais que lhes permitam a utilização sistemática do TIC. - A promoção da convivência intergeracional, poderá constituir-se como adjuvante na melhoria da qualidade de vida das pessoas, na construção do processo de envelhecimento ativo.	- Os cuidados de enfermagem neste âmbito devem ser encarados como uma janela de oportunidade face às necessidades das pessoas; - As TIC não devem ser incluídas arbitrariamente, sem antes se entender as diferenças entre gerações quando se trata da sua utilização na área saúde.	WHO (2002) [31] MALANOWSKI, OZCIVELEK, e CABRERA (2008) [32] (SILVA, 2009) [33] (AAL, 2014) [34] (RICOY E COUTO, 2012) [35] PÁSCOA e GIL (2012) [36] KUTZ,SHANKAR e CONNELLY (2013) MELEIS (2011) [37]

MULTICULTURALIDADE	- Surge enquadrada aos contextos de cuidados de saúde, como "situação de fato, um estado de coisas", em alusão às caraterísticas da diversidade cultural das sociedades desenvolvidas.- -- No contexto português, conota-se como fator de integração das pessoas culturalmente diversas face aos cidadãos autóctones como no caso dos imigrantes. - A conceptualização dos contextos multiculturais na prática clínica de enfermagem surge associada a quando as pessoas e grupos multiculturais são destinatários dos cuidados. -Sublinham-se as dificuldades na gestão das diferenças culturais nos cuidados produzidos por enfermeiros. - Os contextos multiculturais despoletam nestes profissionais uma perspetiva evolutiva na experiencia da própria cultura: de uma postura inicial etnocêntrica (de fechamento dos profissionais sobre si mesmos,) para uma outra posterior de *ethnorrelativism* (de abertura, flexibilidade e integração face a outras referências culturais).	- Identificam-se especificidades na prática clínica dos enfermeiros, desenhando-se três modos essenciais de decisão na implementação de cuidados: de preservação ou manutenção (de suporte, facilitadores das ações profissionais); de acomodação ou negociação (implementação de ações/tomada de decisões que ajudem pessoas culturalmente diversas a adaptarem-se e/ou a negociarem) e de (re)padronização ou reestruturação (implementação de ações profissionais de suporte, facilitação e de decisão mútua nas díades de cuidados).	BENNETT (2004) [38] MENDES (2006) [39] LEININGER (2001) [40] NUNES (2009) [41] REIS e COSTA (2013) [42]
AUTOCUIDADO	-Considerando o carácter complexo e multidimensional, associado a autonomia, responsabilidade individual e independência, o autocuidado pode ser definido como "cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento". - O autocuidado de agência é definido como a capacidade percebida da pessoa se envolver no autocuidado e o comportamento de autocuidado refere-se ao desempenho de atividades relacionadas com a situação de saúde/doença. - O comportamento de autocuidado requer a prática de ações individuais iniciadas e desempenhadas pela pessoa, no tempo certo e no interesse de manutenção da vida, otimizando o seu funcionamento e desenvolvimento saudável, assim como o bem-estar.	Propomos as seguintes dimensões/premissas como inerentes à centralidade dos cuidados: envolver o cliente nos cuidados, atender às suas necessidades (físicas, psicossociais e espirituais); resolver problemas de saúde do cliente de modo atempado e tendo em vista a alta; prestar cuidados de enfermagem de acordo com as suas preferências; educar e aconselhar.	OREM ((2001[43] SIDANI e FOX (2014)[44]

Na perspetiva anteriormente formulada de necessidade de explicitação da construção holarquica do conhecimento, valorizamos agora os diferentres tipos de saberes em Enfermagem de acordo com o previsto no quadro apresentado na Figura III.

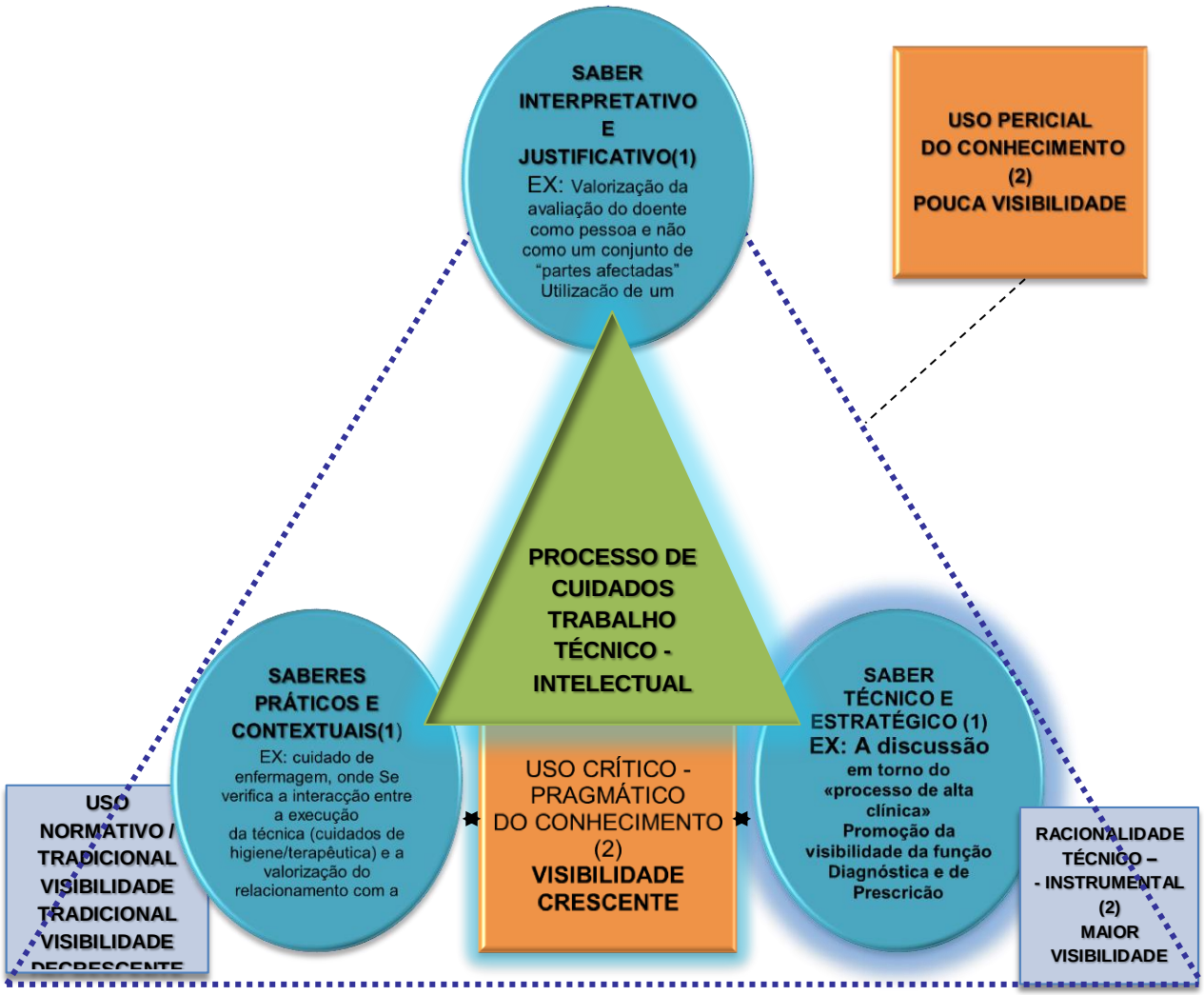


Figura III - Explicitação das dimensões do trabalho técnico-intelectual desenvolvido pelos enfermeiros no processo de cuidados

CONCLUSÃO

A metodologia abordada na UC Enfermagem Avançada valoriza a forma como os profissionais estruturam o conhecimento a partir das suas fontes e como o usam no quotidiano, tem uma importância crescente nas profissões de saúde, pela valorização dos processos de reflexão institucional, que permitem aos profissionais legitimar práticas sociais, que vão muito para além do conhecimento interpessoal e das circunstâncias localmente definidas, porque dependem de um conhecimento especializado.

A reflexão sobre o trabalho desenvolvido nos últimos cinco anos, na UC Enfermagem Avançada na ESSS, alicerçado na identificação dos conceitos-atributo apresentados no Quadro VI anterior, permite-nos concluir que:

-O enfermeiro interpreta cada situação de cuidar, em função das possibilidades objetivas, que lhe permitem tomar decisões de forma autónoma, e não como uma consequência produzida por fatores exteriores. Desta forma usa o seu sentido estratégico na ação,

procurando a legitimidade dessa mesma ação. Ao contextualizar os saberes abstratos em determinada situação, o enfermeiro torna-se o profissional mais apto para liderar o processo de cuidados, despoltando o reconhecimento pela pessoa cuidada e desta como centro do processo de cuidados; desta forma, o saber profissional é utilizado em função de cada situação particular.

Neste sentido, considera-se importante desenvolver nos enfermeiros a necessidade de utilização de "modelos de cuidar", que lhes permitam enquadrar os saberes de enfermagem utilizados. A sua mobilização ocorre a partir da evolução de uma «menor autonomia técnica» onde o profissional vai progressivamente adquirindo um estatuto académico, para uma «Maior academização do conhecimento profissional»; entendemos esta como a procura da legitimação dos saberes para uma «maior autonomia técnica», onde se começa a assumir como «profissional – perito», tornando-se visíveis os ganhos de estatuto académico por oposição a processos de racionalização técnica ou burocrática do trabalho. Isto é evidenciado pelo sentido contextual dado pelos enfermeiros aos saberes abstratos, quando intervêm na situação singular (cuidado de enfermagem), levando ao fortalecimento da confiança do sujeito dos cuidados para com o profissional que «cuida» e à reflexividade que este imprime à sua ação onde é suposto escolher no conjunto dos saberes, aqueles que lhe parecem – ao enfermeiro - os mais apropriados para a realização do valor estratégico de cuidar.

BIBLIOGRAFIA

1. AMENDOEIRA, José. Enfermagem, disciplina do conhecimento, Sinais Vitais, 2006, vol. 67, p. 19 – 27.

2. ARSLANIAN-ENGOREN, Cyntia. HICKS,F.D. WHALL, A-L. e ALGASE, D.L. An ontological view of advanced practice nursing. Research and Theory for Nursing Pratice: an Internacional Journal, (2005) vol. 19, nº 4, p.315-322.

3. FAWCETT, Jaqueline .). Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. Aquichan, 2005, 5 (1), 32-43.

4. CHRISTENSEN, Martin .(2011). Advancing nursing practice: redefining the theoretical and practical, JCN, 2011, vol.20, p. 873–881.

5. PAIVA e SILVA, Abel. Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina, Servir, 2007, vol.55, nº1-2, p. 11-20

6. MELEIS, Afaf Ibrahim. Theoretical Nursing: Development & Progress. 3º ed. London: Lippincott. 2005.

7. CALLAGHAN, Leonard. Advanced Nursing pratice: an idea use time has come, journal of clinical nursing, 2008, vol. 17, nº 2, p.205-213.

8.ATALLAH, Álvaro e CASTRO, Aldemar. Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica. Lemos-Editorial: São Paulo, 1998.

9. AMENDOEIRA, José; GODINHO, Celeste; REIS, Alcinda; PINTO, Rosário; SILVA, Mário e SANTOS, Júlia. Simulação na educação em enfermagem: conceitos em transição. Revista da UIIPS Portugal, 2013,Vol. 4, nº 1, p. 212- 228.

10. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa, Portugal: OE, 2003.

11.AMENDOEIRA, José. A ética das profissões ética e deontologia profissional a partir do debate em torno dos conceitos de ética e de profissão Repositório Científico Aberto do Instituto Politécnico de Santarém http://hdl.handle.net/10400.15/671.

12. AMENDOEIRA, José e GODINHO, Celeste. A importância de ambientes de aprendizagem crítica. Repositório Científico Aberto do Instituto Politécnico de Santarém. http://hdl.handle.net/10400.15/614. 2012.

13. BUTTS, Janie e RICH, Karen. Nursing ethics: across the curriculum and into pratice, 3ª ed. Mississippi: Johns & Bartlett Learning Books. 2012. ISBN 978-0-7637-7986-3 , LLC:, 2012.

14. BARROSO, Isabel, SILVA, Mário e AMENDOEIRA, José. Narrativa na Investigação Qualitiva. In: Número Especial do Congresso Investigação, Inovação e Tecnologia: novos desafios – Livro de Resumos. 2014. p. 185-188. ISSN 2182-9608

15. Ordaz, Olga (2011). O Uso das Narrativas como Fonte de Conhecimento em Enfermagem. Pensar Enfermagem. 2011. Vol. 15, nº 1, p.70-87.

16. WALKER, Lorraine Olszewski e AVANT, Kay Coalson. Strategies for theory construction in nursing, 5ª ed., Seattle: EUA, 2011

17. RODRIGUES, Francisco, AMENDOEIRA, José, PEREIRA e Maria. COMPETÊNCIA CULTURAL: ANÁLISE DO CONCEITO SEGUNDO A METODOLOGIA TRADICIONAL DE WALKER E AVANT; e-REI: Revista de Estudos Interculturais da CEI, 2014), vol.1, p.1 - 10, E-rei (publicação online)

18. BUTTS, Janie e RICH, Karen . Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice, 1st ed., Johns & Bartlett Learning Books. 2012. ISBN 978-0-7637-7986-3

19. EFFEKEN, Judith A., The informal basis for nursing intuition: philosophical underpinnings. Nursing Philosophy, 8, pp. 187-200, 2007.

20. LYNEHAM, Joy, PARKINSON, Camilus e DENHOLM, Carey. Intuition in emergency nursing: a phenomenological study. Int Journal Nurs Pract, 14, pp. 101-108, 2008.

21. SMITH, Anita. Measuring the use of intuition by registered nurses in clinical practice. Nursing Standard. 2007, vol.21, nº 47, p. 35-41.

22. McCARTHY, Valerie e FREEMAN, Linda (2008). A Multidisciplinary Concept Analysis of empowerment: Implications for nursing. The Journal of Theory Construction and Testing. 2008, vol. 12, nº 2,p. 68-74.

23. HERMANSSON, Evelyn e MARTENSSON, Lena (2010) Empowerment in the midwifery context—a concept analysis 6p. Midwifery journal homepage: www.elsevier.com/midw. 2010.

24. HOUZEL, Didier. As implicações da parentalidade. In: Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milénio. 1ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo livraria e editora Ltd. Cap. IV. ISBN 85-7396-3328-I. 2004.

25.MERCADIER, C. (2002). O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar. Loures: Lusociencia.

26. MERLEAU-PONTY, Maurice (1996). Fenomologia da percepção. 2ªed. S. Paulo: Martins Fontes.

27.RIBEIRO, Agostinho. O corpo que somos. Aparência, sensualidade, comunicação. Lisboa: Editorial Noticias. 2003.

28.WATSON, Jean. Enfermagem – ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Lusociência: Loures. 2002.

29. MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Developing and evaluating complex intervention: the new Medical Research guidance. London: MRC, 2008

30. MELEIS, Afaf Ibrahim, SAWYER, L.M., Im, E., Messias, D.K.H., Schumacher, K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Proquest Nursing Journals. 2000, vol. 23, nº 1

31. WHO (2002). "Active ageing: a policy Framework". A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid

32. MALANOWSKi, Norbert, OZCIVELEK, Rukiye, CABRERA, Marcelino. "Active Ageing and Independent Living Services: The Role of Information and Communication Technology". Joint Research Centre, 2008.

Institute for Prospective Technological Studies: Office for Official Publications of the European Communities

33. SILVA, Sofia Maia. Envelhecimento ativo: Trajetórias de vida e ocupações na reforma. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Economia da universidade de Coimbra, Coimbra, 2009.

34. AMBIENT ASSITED LIVING. Care for the future: joint programmed. Disponível em http://www.aal-europe.eu/call-2014-care-for-the-future, 2014.

35. RICOY, Maria Carmen.; COUTO, Maria João. Os recursos e a utilização das TIC no ensino secundário na Matemática. Revista Portuguesa de Educação. 25 (2) pp.241-262. Universidade do Minho,2012.

36. PÁSCOA, Gina; GIL, Henrique. Envelhecimento ativo e qualidade de vida: a importância das redes sociais digitais – Facebook. In Conferência internacional sobre políticas públicas de envelhecimento, p. 127-141. Lisboa Novembro: Fundação D. Pedro IV,2012

37. KUTZ, Daniel; SHANKAR, Kalpana e CONNELLY, Kay. Making Sense of Technology Mobile e Web-Based Informações Bem-Estar: Estudo intergeracional. J Med Internet Res. May 2014; 15(5): e83, 2014.

38. BENNETT, Milton. Becoming interculturally competent. In J.S. Wurzel (Ed.) Toward multiculturalism: A reader in multicultural education (2nd ed. pp. 62-77). Newton, MA, USA: Intercultural Resource Corporation.Recuperado de http://www.wholecommunities.org/pdf/privilege/4_Becominginterculturallycompe_Bennett.pdf. 2014.

39. MENDES, António. Contextos migratórios e educação intercultural. In Bizarro, R. (Ed.), A escola e a diversidade cultural: Multiculturalismo, interculturalismo e educação (pp. 133-142). Porto, Portugal: Areal Editores. 2006.

40. LEININGER, Madeleine. A mini journey into transcultural nursing whith its founder. Neb Nurs. 2001, vol. 32, nº 4, p. 16-17.

41. NUNES, Lucília. Multiculturalidade – a perspetiva da ordem dos enfermeiros. In Lopes, J.C.R., Santos, M.C., Matos, M.S.D. & Ribeiro, O.P. (Eds.), Multiculturalidade: Perspectivas da enfermagem – contributos para melhor cuidar (pp. 47-64). Loures, Portugal: Lusociência.2009.

42.REIS, Alcinda e COSTA, Maria Arminda. Cuidados de saúde a imigrantes: Para uma cultura de segurança e confiabilidade. Revista de Segurança Comportamental, GA, Lda. Lisboa, Portugal, 2013, vol.*7*, p. 18-20.

PROCESSO DE CUIDADOS PELOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: DO QUESTIONAMENTO INICIAL AO PARADIGMA ADOTADO

Ana Spinola[1] & José Amendoeira[2]

[1]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém
[2]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS/ Investigador no CIIS/UCP

RESUMO

A formação em Enfermagem exige que o estudante desenvolva estratégias promotoras de aprendizagem nos contextos de formação, devendo estas ser facilitadoras do seu desenvolvimento de competências a partir da prática de cuidados.

Identificamos a aprendizagem do estudante em ensino clínico, pela aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias ao desenvolvimento do processo de cuidados que desenvolve na prática. Questionamos se a tomada de consciência pelo estudante do cuidado que produz, promove a melhor seleção de estratégias para responder às necessidades da pessoa cuidada.

Caraterizamos o percurso metodológico desenvolvido na perspetiva de um estudo de caso múltiplo. Adotamos um estudo de natureza qualitativa, com o modo de investigação – estudo de caso na versão casos múltiplos (YIN[1], 2010, STAKE[2], 2012).

A metodologia de pesquisa permitiu uma abordagem interpretativa nas várias realidades construídas ao nível da formação do 1º ciclo em enfermagem, pela interação com os participantes que integram a aliança pedagógica em contexto clinico. A influência pela utilização das diferentes técnicas e métodos que permitiram o desenvolvimento do processo de triangulação dos dados e interpretação do fenómeno em estudo – processo de cuidados desenvolvido pelo estudante de enfermagem, asseguraram a validade da metodologia de pesquisa.

Palavras-chave: estudantes de enfermagem; estudo de caso; aprendizagem

ABSTRACT

Nursing Education requires students to develop and promote learning strategies in education contexts facilitating the development of various skills for the practice of care.

In the clinical education we identify the student's learning process through the acquisition of knowledge, skills and attitudes necessary for the development of the care process. We question whether the awareness of the student's care process promotes a better selection of strategies to meet the needs of the person being cared for. Objective: To characterize the methodological approach developed from the perspective of a multiple case study.

We developed a qualitative study, with the research way - case study in multiple cases (YIN 2010, STAKE, 2012) version.

Conclusions: The research methodology that we adopted allowed an interpretive approach of the different realities constructed at the 1st Cycle of nursing training, through interaction with the different participants that are part of the educational alliance in the clinical context. The influence by the use of different techniques and methods that enabled the development of data triangulation process and the interpretation of the phenomenon under study - process of care developed by the student nurse, ensured the validity of the research methodology.

Keywords: nursing students; case study; learning

INTRODUÇÃO

Atualmente na formação em enfermagem, as heurísticas educativas refletidas no planeamento do curriculum, ao longo da aprendizagem dos estudantes nos diferentes contextos de formação, assumem-se como fundamentais na aquisição do conhecimento e desenvolvimento de competências a partir da prática de cuidados (ORDEM dos ENFERMEIROS[3], 2007; Decreto-Lei 115/13[4]).

De acordo com as metodologias de ensino-aprendizagem no modelo de formação atual, que identificamos sob as duas perspetivas, a do estudante e do professor, relevamos os novos *papéis* como nos refere MESTRINHO[5] (2012). O estudante, como responsável pelo seu processo formativo, procura as metodologias e estratégias que facilitam a otimização do seu trabalho autónomo. O professor como facilitador dos processos de aprendizagem, mobiliza e integra estratégias pedagógicas que promovem o incentivo à capacidade auto formativa dos estudantes. Estudantes e professores assumem um "espaço de liberdade" como

oportunidades de criação de percursos flexíveis de aprendizagem, (COSTA[6], 2008) que este paradigma proporciona.

O processo de aprendizagem em contexto clínico tem sido, ao longo dos anos alvo de diversos estudos no âmbito da formação em enfermagem (ABREU[7], 2007; CARVALHO[8], 2004; FERNANDES[9], 2007; SANTOS[10], 2009; RUA[11], 2011; FREITAS[12], 2013). Contudo as mudanças que atualmente se têm verificado, implicam um outro "olhar" sobre o fenómeno. Identificamos a aprendizagem do estudante em ensino clínico, pela aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias ao desenvolvimento de intervenções autónomas e interdependentes para o exercício profissional de enfermagem. Neste sentido, questionamo-nos se a tomada de consciência pelo estudante do cuidado que produz, promove a melhor seleção de estratégias para responder às necessidades da pessoa cuidada.

Cabe aqui a explicitação de que desenvolver com o estudante uma "consciência de cuidado" significa um conhecimento mais apurado da realidade do cuidar, de forma critica e sensível em Enfermagem, corroborada por WALDOW[13] (2009) e que procurámos compreender no contexto do paradigma educacional atual.

A reflexão destes aspetos permitiu-nos a procura de respostas, associadas ao desenvolvimento da prática dos cuidados pelo estudante em contexto real – clínico. Relevamos nesta lógica, uma prática que se constrói sobre a interação estudante/pessoa, a partir dos momentos com o sujeito de cuidados, que ocorrem em ensino clinico durante a formação em enfermagem como explicita AMENDOEIRA[14] (2006).

Concordamos com STAKE[2] quando estudamos "um caso quando ele próprio se reveste de um interesse muito especial e então procuramos o pormenor da interação com os seus contextos" (2012, p.11). Trata-se portanto de compreender o processo de cuidados pelo estudante em ensino clinico. Identificamos este processo como de interação, onde o centro de interesse é a pessoa e o estudante está a aprender a mobilizar os conhecimentos específicos que lhe permitam fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado, para a sua posterior execução e controlo (AMENDOEIRA[14,15], 2000; 2006). Sendo este o foco deste estudo, pretendemos caraterizar o percurso metodológico desenvolvido na perspetiva de um estudo de caso múltiplo.

MÉTODO

Desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa, com o modo de investigação – estudo de caso na versão casos múltiplos (YIN[1], 2010, STAKE[2], 2012).

Assumimos um projeto de estudo de caso múltiplo, como método de pesquisa permitindo-nos a aproximação a diferentes ângulos do mesmo fenómeno, através de um processo de triangulação: dos contextos, dos participantes, dos autores, da metodologia, do conhecimento da investigadora e dos dados empíricos. Relativamente aos *contextos* integramos Escolas de Enfermagem e/ou Saúde. Em relação aos *participantes* triangulamos – professores, estudantes e enfermeiros – integraram o estudo trinta e seis elementos, selecionados pela experiência nos diferentes contextos. Em relação aos *autores* – mobilizamos COSTA[6] (2008) e JOSSO[16] (2002) no contributo das ciências da educação, nas situações de aprendizagem do estudante pela prática dos cuidados, AMENDOEIRA[14] (2006) na valorização do processo de cuidados, como processo de interação entre o estudante e o sujeito de cuidados. Relativamente à metodologia valorizámos os contributos a dois níveis: na compreensão do conhecimento dos estudantes face à conceção dos cuidados, como nos explicita SPÍNOLA e AMENDOEIRA[21] (2014) e no desenho de pesquisa adotado, como nos refere de YIN[1] (2010) e STAKE[2] (2012). Por último desenvolvemos a triangulação dos *dados* empíricos, obtidos a partir das diversas fontes de evidência (YIN[1], 2010).

PROCEDIMENTO

Traçamos o percurso deste estudo considerando a perspetiva indutiva e interpretativa que adotámos (YIN[1], 2010 e STAKE[2], 2012).

Enquadramos o fenómeno em estudo – *processo de cuidados pelo estudante*, numa realidade dinâmica, como nos explicitam DENZIN e LINCOLN[17] (2006), encontrando respostas às questões centradas nas experiências sociais e dando sentido à vidadas pessoas. Numa realidade humana como a da enfermagem, o reconhecimento de que a realidade é dinâmica, é a primeira etapa para estabelecer uma perspetiva humanista da investigação (STREUBERT E CARPENTER[18], 2013).

Numa primeira fase do estudo, como investigadora, preocupámo-nos com o modo como íamos observar a realidade, pois temos uma experiência anterior que valorizamos, mas que importa questionar. Neste sentido, mobilizamos o questionamento sugerido por DENZIN e LINCOLN[17] (2006), a três níveis: ao nível *Ontológico* – quais as minhas crenças enquanto pessoa? qual é a natureza da minha realidade? Ao nível *Epistemológico* – que relação temos com a realidade que conhecemos? Ao nível *Metodológico* – como adquirimos conhecimento

acerca da realidade? Considerámos este questionamento como influenciador do modo como observamos a realidade e no qual valorizamos o paradigma interpretativo como orientador para a ação.

Acreditamos que a nossa perspetiva é necessariamente diferente de outras, e que pela investigação, através da co construção encontramos significados que nos permitem compreender o fenómeno em estudo, através da perspetiva adotada da metodologia de estudo de caso – "*caso múltiplo"* de YIN[1] (2010) e STAKE[2] (2012), apresentamo-lo no Quadro 1.

Quadro 1 – Perspetiva adotada da metodologia de estudo de caso –"Caso Múltiplo" de YIN (2010) e STAKE (2012)

DIMENSÕES	ABORDAGEM ADOTADA
Paradigma	**Interpretativo**
Método	**Metodologia de Pesquisa**
Critérios de seleção do estudo	Partimos de perguntas de investigação. Procuramos respostas ao como? se operacionaliza a leitura do fenómeno e com quem? os diferentes atores.
Desenho do estudo	Das perguntas de investigação ao planeamento; da integração da teoria na organização cognitiva; para a recolha e análise dos dados e interpretação; na procura da triangulação. *-Critérios de Qualidade-*
Tipo de estudo	**Caso Múltiplo** Vários casos para o mesmo fenómeno
Preparação da colheita dos dados	Estratégia compreensiva de pesquisa; definida através das perguntas de investigação e estrutura conceptual; valorização do papel ativo do investigador, argumentos que sustem as questões éticas e *émicas*".
Fontes de evidência	Documentos normativos e legais; planos de estudo; programações de ensinos clínicos; reflexões críticas; entrevistas; características dos contextos.
Triangulação	Processo de triangulação: dos dados empíricos; teórica: autores; metodológica: das técnicas e métodos. *-Validade da Metodologia-*
Análise e interpretação	Estratégia de análise: das perguntas de investigação à ação; processo de universalização: dos resultados às asserções.
Procedimentos na realização do relatório	Escrever a história numa lógica analítica-linear; Valorização da criatividade do investigador, tendo o leitor em mente.

As diferentes visões dos dois autores, ao nível paradigmático, mas também nos aspetos complementares que fomos encontrando no modo como propõem a realização de estudos de caso, foi determinante para a escolha metodológica fundamentada no desenho e realização deste estudo.

De acordo com a perspetiva adotada, partimos de perguntas de investigação, procurando respostas e assim projetarmos o *desenho do estudo* que carateriza o movimento qualitativo no qual nos situamos de acordo com a metodologia de pesquisa adotada que colocada em prática, ilustra o movimento metodológico e estratégico que desenvolvemos.

Numa primeira fase, pretendemos responder às seguintes questões: *para quê*? Conceptualizar o "processo de cuidados desenvolvido pelo estudante"; *como?* Através da consulta-análise documental; *com quem?* Os estudantes. Numa segunda fase, seguindo o mesmo questionamento, *para quê*? Procuramos perceber como se operacionaliza o fenómeno "processo de cuidados pelo estudante"; *como?* Pelas entrevistas semidirigidas, *com quem*? Os professores, estudantes e enfermeiros. As respostas a todas estas questões permitiram definir o caminho para a procura dos dados empíricos.

De acordo com a metodologia de pesquisa adotada – estudo de caso – o planeamento desenvolvido teve subjacente as questões de investigação bem como a organização conceptual. Esta organização foi construída através das estruturas cognitivas que permitem a recolha, análise e interpretação dos dados na procura da triangulação. Adotamos, de acordo com a estrutura metodológica descrita – o estudo de caso múltiplo (YIN[1], 2010; STAKE[2], 2012), por ser o método de pesquisa que investiga o fenómeno no seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de dados, permitindo a análise compreensiva do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante. O caso múltiplo, pela possibilidade de analisar o mesmo fenómeno em contextos diferentes, possibilitando pôr em evidência os resultados comuns, divergentes ou complementares.

Enquadramos a estrutura do estudo na lógica de cada escola ser sujeito de um estudo de caso individual mas o estudo como um "todo" integrando as várias escolas e deste modo, assumimos um estudo de caso múltiplo. Optámos por ter subgrupos de casos onde as questões do "como" e do "porquê" pudessem ser comparáveis ou contrastantes para a mesma unidade de análise, como sugere YIN[1] (2010), considerando neste estudo a unidade de análise – o *processo de cuidados desenvolvido pelo estudante*.

Ao definir no desenho do estudo a estratégia de pesquisa, tivemos presente as fontes de evidência que nos permitissem a caraterização do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante. Destas salientamos: os documentos normativos e legais, reflexões críticas, planos

de estudos, programações de estágio, diários de aprendizagem, entrevistas semidirigidas e notas de campo. Desenvolvemos a estratégia analítica – um processo de triangulação: dos dados empíricos, teórico-conceptual, metodológica das técnicas e métodos.

Os participantes do estudo – professores, estudantes e enfermeiros, foram selecionados privilegiando uma amostra intencional (SAVOIE-ZAJC[19], 2003), possibilitando a escolha dos respondentes por possuírem um conhecimento pertinente relativamente ao fenómeno em estudo e serem capazes de o verbalizar.

Mobilizámos como técnicas de recolha de dados: a análise de documentos pessoais escritos pelos estudantes, procurando como nos refere BODGAN E BIKLEN[20] "uma narrativa feita na primeira pessoa que descreva as ações, experiências e crenças do individuo" (2010, p.177). Integramos no mesmo sentido, entrevistas semidirigidas a professores, estudantes e enfermeiros. Realizamos o planeamento das entrevistas com os *guiões de entrevista* de acordo com as particularidades dos sujeitos do estudo, como nos sugere SAVOIE-ZAJC[19] (2003).

Através desta estratégia analítica, a utilização das diferentes técnicas e métodos permitiu o desenvolvimento do processo de triangulação dos dados, assegurando a validade da metodologia de pesquisa (YIN[1], 2010 e STAKE[2], 2012).

RESULTADOS

Na sequência do movimento metodológico desenvolvido, tivemos presente os critérios de qualidade que enquadram o estudo de caso múltiplo na perspetiva adotada de YIN (2010) e STAKE (2012) a saber: *validade do constructo* (pelo uso de múltiplas fontes de evidência, pela possibilidade da triangulação de fontes, dados e métodos utilizados para a sua recolha); *Validade interna* (pela definição de uma estratégia analítica assumida, pela triangulação teórico-conceptual e pela descrição detalhada das fases do processo de investigação); *validade externa* (pela reflexividade nas diferentes etapas do processo) e *confiabilidade* (pelo desenho do estudo adotado e pela base de dados assumida). De acordo com as opções adotadas, perspetivámos os critérios de qualidade no desenvolvimento interpretativo na procura dos significados referentes ao – processo de cuidados pelo estudante – pelos participantes do estudo.

CONCLUSÕES

Neste estudo tivemos presente uma abordagem interpretativa, procurando as respostas ao questionamento inicial do para quê? como? nas várias realidades construídas ao nível da formação do 1º ciclo em enfermagem, e com quem? na interação com os diferentes participantes que integram a aliança pedagógica em contexto clinico (professores – estudantes – enfermeiros). Fomos influenciados pela utilização das diferentes técnicas e métodos que permitiram o desenvolvimento do processo de triangulação dos dados e a interpretação do fenómeno em estudo – processo de cuidados desenvolvido pelo estudante de enfermagem, assegurando a validade da metodologia de pesquisa e do seu potencial contributivo para a sua compreensão.

BIBLIOGRAFIA

1. YIN, Robert. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. (4ª ed.). (THORELL, Trad.) Porto Alegre, Brasil: Bookman, 2010.

2. STAKE, Robert. **A Arte da Investigação com Estudos de Caso**. (3ª ed.). (CHAVES, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (trabalho original em Inglês publicado em 1995), 2012.

3. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Enfermagem portuguesa implicações na adequação ao processo de Bolonha no atual quadro regulamentar enfermagem, 2007.

4. Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. Diário da República n.º151/13 – I Série A. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Educação e Ciência. Lisboa, Portugal.

5. MESTRINHO, Guadalupe. **Ensino de Enfermagem – Caminhos de mudança na formação de professores**. Loures: Lusociência, 2012.

6. COSTA, Arminda. Aprender a cuidar: Consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante. In Gomes, L.M. (Coord.), **Enfermagem e úlceras de pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados**. (pp. 81-102). Islas Canarias: ICE, 2008.

7. ABREU, Wilson. **Formação e aprendizagem em contexto clínico** – fundamentos, teorias e considerações didácticas. Coimbra: Formasau, 2007.

8. CARVALHO, António. **Avaliação da aprendizagem em ensino clinico no curso da licenciatura em enfermagem.** Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

9. FERNANDES, Olga. **Entre a Teoria e a Experiência – Desenvolvimento de Competências de enfermagem no ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura.** Loures: Lusociência, 2007.

10. SANTOS, Elvira. **A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2009.

11. RUA, Marília. **De Aluno a Enfermeiro – Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico**. Loures: Lusociência, 2011.

12. FREITAS, Paulo. **3 Mundos, I universo de referências: aprendizagem e avaliação em ensino clínico.** (Dissertação de Doutoramento), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, 2013.

13. WALDOW, Vera. Momento de cuidar: momento de reflecção na ação. **Revista Brasileira Enfermagem** 2009 *jan/fev*; 62 (1): 140-5.

14. AMENDOEIRA, José. O Cuidado de enfermagem – Que Sentido(s)?. In COSTA, Arminda; MESTRINHO, Guadalupe; SAMPAIO, José (Eds.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação – Balanço de um Projeto***,* (pp. 66-77). Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 2000.

15. AMENDOEIRA, José. Enfermagem. Disciplina do conhecimento, **Sinais Vitais**, 67, p.17 – 29, 2006.

16. JOSSO, Christine. **Experiências de vida e formação**. Lisboa: Educa, 2002.

17. DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. **O Planeamento da Pesquisa Qualitativa – Teorias e Abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

18. STREUBERT, Helen e CARPENTER, Dona. **Investigação qualitativa em enfermagem**: Avançando o imperativo humanista. Tradução de A.P.S.S. Espada. Loures, Portugal: Lusociência. 2013.

19. SAVOIE-ZAJC, Lorraine. A entrevista semidirigida. In Gauthier, Benoit (Dir.). **Investigação social: da problemática à colheita de dados***,* (SALGUEIRO, Nídia e SALGUEIRO, Rui, Trads.) (3ª ed., pp. 65-96). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2000), 2003.

20. BOGDAN, Robert e BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos**. Tradução de M.J. Alvarez, S.B. Santos e T.M. Baptista. Porto: Porto Editora. 2010. ISBN 978-972-0-34112-9.

21. SPÍNOLA, Ana; AMENDOEIRA, José. The Care Process: analysis of Nursing students' conceptions. **Revista de Enfermagem Referência**. IV Série, n.º 2, p. 163-170. Disponível em: http://dx.doi.or/10.12707/RIV14006, 2014.

RESULTADOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ADEQUAÇÃO DO ESTILO DE VIDA DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2. UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Maria do Rosário Pinto[1]; Pedro Parreira[2] & Marta Lima Basto[2]

[1]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém
[2] Universidade de Lisboa

RESUMO

Realizar conscientemente alterações no Estilo de Vida facilita a gestão da doença e melhora a qualidade de vida da pessoa diabética. No entanto, mudar comportamentos revela-se dificultador, sobretudo se levar a perdas ao longo do tempo, tanto a nível individual como social. Um elemento facilitador deste processo é o enfermeiro, um profissional treinado para educar, capacitado para apoiar a pessoa na decisão, numa perspetiva terapêutica.

Partindo da questão *Que intervenções, desenvolvidas por enfermeiros junto de pessoas adultas com Diabetes Mellitus Tipo 2, produzem resultados na alteração dos seus Estilos de Vida?*, efetuou-se uma Revisão Sistemática da Literatura, com o objetivo de aceder ao conhecimento existente sobre esta temática. Esta síntese de dados tem por base a metodologia preconizada por este método, através da qual se identificaram quatro estudos publicados e indexados a bases de dados científicas de pesquisa eletrónica, que respeitavam os critérios de inclusão/exclusão.

Os resultados e sua discussão permitiram identificar estratégias de intervenção educativa, desenvolvidas de forma individualizada, em grupo e com recurso às mais recentes tecnologias, como sejam o envio de mensagens via telemóvel ou a internet. Os resultados obtidos surgem mensurados em valores e em tempo, sobressaindo a utilização de HbA_{1c} como indicador de avaliação.

Palavras-chave: Estilos de Vida, Diabetes Mellitus tipo 2, Intervenção educativa

ABSTRACT

Consciously made lifestyle changes is a choice that facilitates disease's management and improves quality of life for diabetic people. However, changing behaviors has proven to be difficult, especially if it is a change that leads to both individual and social losses over time. Nurses can make this process easier because they're trained professionals to educate, able to support people in decision making, knowing learning motivating strategies in a therapeutic approach.

The question that enabled this Systematic Review is: *What nursing interventions approaching adults with Type 2 Diabetes, will produce outcomes in Lifestyle changes?*. Through the methodology recommended for the Systematic Review, four studies were identified, published and indexed in electronic scientific research databases, fulfilling previously established inclusion/exclusion criteria.

Results and its discussion allowed the identification of educational interventions, developed as individual counselling, group education and with the most recent technologies, like SMS or internet information sending. Intervention outcomes are measured in efficacy and in time, highlighting the use of HbA_{1c} as an outcome evaluation indicator.

Keywords: Lifestyle, Type 2 Diabetes, Educational interventions

INTRODUÇÃO

A adoção de um estilo de vida ajustado à situação de saúde duma pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 (DMt2) requer mais do que uma simples adaptação biofísica ao processo de doença pois existe uma forte relação com hábitos de vida, alimentação hipercalórica e sedentarismo (Observatório Nacional da Diabetes, 2012), fatores predominantemente modificáveis (WHO, 2012; Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, 2008).

A importância de controlar a doença, gerindo a qualidade de vida, numa dinâmica que envolva o indivíduo e sua família/pessoas significativas, os profissionais de saúde, bem como os recursos sociais e comunitários disponíveis, é uma experiência vivida, que exige múltiplas apropriações.

São sobretudo pessoas adultas ou idosas com comportamentos repetidos há vários anos, resultantes de escolhas baseadas em decisões tomadas há muito tempo. A mudança estável de comportamentos envolve um complexo processo psicológico em que a conduta espontânea deverá ser conscientemente substituída, obrigando a tolerar perdas ao longo do tempo e a resistir ao ambiente social envolvente (Amorim, 2009).

Advém desta realidade, a importância do papel de um educador, um profissional de saúde, que deverá conseguir acompanhar a pessoa no processo de integração dos comportamentos necessários ao seu autocontrolo. É um movimento que significa ser capaz de motivar para aprender e pôr em prática uma série de conceitos e técnicas, através do recurso a um processo dinâmico de motivação – a educação terapêutica (Direção Geral da Saúde, 2007; Cruz, 2005).

O enfermeiro, pela sua proximidade à pessoa, sobretudo no que se refere ao apoio à gestão da doença e aos mecanismos de suporte à decisão, é por excelência um dos profissionais que pode assumir um papel determinante nesta interação, fundamental para o sucesso duma intervenção educativa.

A reflexão sobre este conjunto de questões, prementes no quotidiano da prática clínica dos enfermeiros, tem dado origem a vários exercícios de investigação neste domínio, com a consequente produção de evidência científica. Uma primeira revisão da literatura, na busca de informação sobre este tema, destaca uma produção teórica onde são identificáveis estratégias de intervenção de âmbito educativo, alicerçadas na Educação para a Saúde, sem, no entanto, sobressaírem os resultados da sua implementação (Boavida, 2013; Amorim, 2009; Duke, Colagiuri, Colagiuri, 2009; Filipe, 2008; Cruz, 2005; Heisler, 2005; Whittemore, Bak, Melkus, Grey, 2003).

É sabido que a existência de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem permite, não apenas a especificação de um estado desejado, mas também da real condição de um individuo em determinado momento, fornecendo a oportunidade de avaliar a progressão, ou não, do estado da pessoa, mesmo quando a meta não é atingida, o que permite a adequação do processo decisório na seleção das intervenções e a avaliação da eficiência destas para cada pessoa alvo da mesma (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2010).

A reflexão sobre estas dimensões de um fenómeno que tem uma elevada representatividade, não apenas a nível de incidência e prevalência da doença mas também de morbilidade, leva à colocação de algumas interrogações, sobretudo ao nível do(s) resultado(s) obtidos junto das pessoas: a intervenção educativa implementada resulta em alteração dos estilos de vida destas pessoas? Estão identificadas estratégias de implementação que resultam em alterações comportamentais? Que parâmetros são utilizados para avaliar os resultados?

Com estas inquietações em mente, impõe-se mobilizar um outro método de procura de respostas, uma forma sistematizada de obter informação proveniente de estudos fidedignos, cuja qualidade científica permita responder com segurança e assertividade a estas perguntas.

Para concretizar o propósito acima formulado, a Revisão Sistemática da Literatura (RSL) perfila-se como a opção a seguir, direcionada para a identificação de estudos com intervenções educativas desenvolvidas por enfermeiros junto de pessoas com DMt2, cuja avaliação dos resultados seja analisada nos mesmos. Mais especificamente, pretende-se identificar as intervenções desenvolvidas e os seus resultados, bem como os indicadores utilizados nesta avaliação.

METODOLOGIA

Utilizou-se a Revisão Sistemática da Literatura como método atual para a avaliação simultânea de dados oriundos de estudos primários, frequentemente empregue na obtenção de evidência científica das intervenções na saúde (Center for Reviews and Dissemination, 2009).

Aceite a orientação de decompor e a seguir organizar os problemas clínicos que surgem na prática de cuidados de acordo com a estratégia PI(C)OD, a qual proporciona uma pesquisa que maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados (Santos, Pimenta, Nobre, 2007), definiu-se a seguinte questão orientadora: **Que intervenções, desenvolvidas por enfermeiros junto de pessoas adultas com Diabetes Mellitus Tipo 2, produzem resultados na alteração dos seus Estilos de Vida?**

Porque se pretendiam identificar intervenções e respetivos resultados, procuraram-se desenhos dedutivos, por possibilitarem construir uma situação à qual vários indivíduos são expostos, sob determinadas circunstâncias e que permitem avaliar os efeitos dessa exposição (Lakatos e Marconi, 2001) e definiram-se como Critérios de inclusão:

- Participantes: pessoas adultas, com mais de 18 anos, portadoras de Diabetes Mellitus tipo 2;
- Intervenção: estudos que versem intervenções desenvolvidas apenas por enfermeiros ou por enfermeiros e outros técnicos da equipa de saúde, direcionadas à promoção de hábitos saudáveis, alteração dos estilos de vida ou orientação para comportamentos de procura de saúde;
- *Outcomes*: estudos que descrevam a intervenção desenvolvida e apresentem os resultados da mesma;
- Outros: estudos publicados neste século, em língua portuguesa, inglesa ou em castelhano/ espanhol e indexados a bases de dados eletrónicas de pesquisa, com texto completo disponível por acesso livre, em formato PDF.

Dentro dos objetivos definidos, definiram-se como Critérios de Exclusão:

- estudos cujos participantes tenham diabetes gravídica, insípida ou estados pré-diabéticos;
- estudos com participantes em fase de confirmação do diagnóstico ou de agudização da doença;
- estudos relacionados com intervenções medicamentosas onde se procure avaliar a eficácia de terapêutica específica prescrita;
- estudos sobre intervenções direcionadas às complicações da DMt2, como alterações venosas ou neurológicas periféricas e lesões de pé diabético.

A Estratégia de pesquisa foi delineada durante o mês de julho de 2013, depois de identificados definitivamente os conceitos da enunciação e encontrados os Termos Descritores, selecionando-se os *exact terms* mas também as palavras ou termos que podiam estar relacionadas ou ser sinónimos, com o objetivo de maximizar o alcance da pesquisa.

Pesquisas sucessivas permitiram isolar uma expressão estável, intersetando conceitos isolados e sinónimos, operacionalizada com recurso aos operadores booleanos (AND, OR e NOT) e criar uma expressão *standard* de pesquisa, utilizada em função dos critérios específicos de cada base de dados[2].

O processo de revisão foi operacionalizado via EBSCO Host[3], B-On[4] e BIREME[5] entre 15 e 30 de julho de 2013, seguindo o preconizado pela *Cochrane Colaboration* (CRD, 2009), mas efetuada por apenas um revisor e possibilitou recuperar 523 estudos.

O procedimento de seleção, sistematizado no esquema a seguir, permitiu incluir nesta Revisão quatro estudos primários, que, após verificação do rigor metodológico, averiguando também a validade de métodos e resultados recorrendo às orientações recomendadas para avaliar a qualidade de estudos clínicos randomizados (Jadad, Moher, Nichol, Penman, Tugwell, Walsh, 1995; Oxman e Guyatt, 1991), cumpriam, em simultâneo, os critérios de inclusão.

[2] (TI: diabet* OR Diabetes Mellitus OR Diabetes Mellitus Tipo 2 OR Diabetes Mellitus Type 2 OR Diabetes Mellitus Type II) AND (TI: Adult OR Middle Aged) AND (AB: Adult OR Middle Aged) AND (AB: diabet* OR Nurs* OR Nursing Care OR Health Education OR Nursing Interventions OR Patient Education OR Education of Patients OR Patient-Centered care OR Patient-focused Care OR Primary Nursing Care OR Primary care nursing OR Enfermería OR Atención de Enfermería OR Enfermería de Atención Primaria OR Patient education OR Atención dirigida al paciente OR Education en Salud OR Education del Paciente OR Enfermería Primaria OR Cuidados de Enfermagem OR Enfermagem OR Enfermagem Primária OR Educação em Saúde OR Educação de Pacientes) AND (AB: Life Style OR Health Behavior OR Quality of Life OR Attitude to Health OR Life Change Events OR Life Experiences OR Conducta de salud OR Calidad de vida OR Estilo de vida OR Conduta de saúde OR Qualidade de vida) NOT (TI: Diabetes Mellitus Tipo 1 OR Diabetes Mellitus Type 1 OR Diabetes Insipidus OR Autoimmune Diabetes OR Pre diabetes OR Pregnac* OR Diabetic Ulcer OR Diabetic foot OR Adolescent OR Older) NOT (AB: Diabetes Mellitus Tipo 1 OR Diabetes Mellitus Type 1 OR Diabetes Insipidus OR autoimmune Diabetes OR Pre diabetes OR Pregnac* OR Diabetic Ulcer OR Diabetic foot OR Adolescent OR Older).

[3] Acesso a CINAHL, MEDLINE/PubMed, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane (Central Register of controlled Trials; Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Medic Latina, Health Technology Assessments, Academic Search Complete)

[4] Acesso aAnnual Reviews, Current Contents (ISI), Elsevier – Science Direct, Nature, RCAAP, Springer Link, Web of Science (ISI), Wiley Online Library

[5] Acesso a SCiELO e LILACS

Uma nota interessante sobre esta fase deste procedimento, reporta ao facto de a maioria dos estudos excluídos face aos critérios de inclusão e/ou exclusão, versarem intervenções focadas na alteração dos estilos de vida das pessoas com DMt2 mas serem desenvolvidas por nutricionistas (8), psicólogos (4) e técnicos da área desportiva (3).

Esquema 1 – Procedimento na seleção dos estudos

SÍNTESE E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A evidência científica recolhida é, na sua maioria, proveniente do continente americano, através de abordagens experimentais ou *quasi-experimentais*, três das quais apresentam um grupo submetido a uma intervenção específica, que é o objeto de teste (grupo experimental ou de controlo) e um grupo de participantes que recebeu a intervenção habitualmente desenvolvida no contexto (grupo de controlo). Gucciardi, DeMelo, Lee e Grace (2007) realizam uma análise comparativa entre dois grupos submetidos a uma intervenção com características diferentes entre si. Em qualquer dos casos, verifica-se uma significativa manutenção do número de participantes, ao longo de qualquer dos estudos. Como se observa no quadro 1, os participantes nos estudos são selecionados através dos registos clínicos – nomeadamente pelos valores de Hemoglobina glicada (HbA_{1c}) ou pelo Índice de Massa corporal (IMC), e pelo recurso a bases de dados e/ou a informantes chave. Apenas um grupo de investigadores efetuou esta seleção recorrendo a um contato porta-a-porta (Gallegos, Ovalle-Berúmen e Gomez-Meza, 2006).

Os estudos são desenvolvidos num espaço temporal que varia entre 3 meses e um ano, sobretudo numa perspetiva avaliativa, sendo os objetivos avaliar ou testar a eficácia duma intervenção proposta (3) e, num caso, pretende-se determinar o impacto de dois métodos de educação, comparando aconselhamento individual e em grupo (quadro 1).

Numa primeira análise dos dados, relativamente à caracterização dos participantes, a sua média de idade, varia entre os 46,8 e os 60,4 anos mas em 75% dos estudos está acima dos 52, tendencialmente superior a 55 anos (Gucciardi, DeMelo, Lee, Grace, 2007; Taylor, Miller, Reilly,

Greenwald, Cunning, Deeter, Abascal, 2003). A diversidade cultural e social dos participantes é outro dado que merece destaque. Decorrente não apenas de terem sido desenvolvidos em países diferentes, mas também da importância atribuída à realidade cultural da população em estudo. Gucciardi, DeMelo, Lee, Grace (2007) desenham uma investigação onde as características de um grupo populacional são organizadoras da intervenção planeada, destacando a sua dimensão na adequação dos cuidados prestados pelos enfermeiros, numa perspetiva de multiculturalidade, pertinente no mundo atual.

Quadro 1 – Caracterização geral dos estudos

Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo(s) do estudo	Participantes
Taylor, Miller, Reilly, Greenwald, Cunning, Deeter, Abascal (2003) EUA	Experimental RCT (Randomized Controled Trial) (12 meses)	Avaliar a eficácia dos cuidados de autogestão implementados por enfermeiros junto de doentes com diabetes complicada.	**Adultos com Hemoglobina glicada acima de 10%** 169 randomizados: 84 no grupo da intervenção (GI) e 85 no grupo dos cuidados habituais (GCH). **121 permaneceram até ao final do estudo**: 61 do GI e 60 do GCH, num total de **71,6% dos randomizados**. Seleção - base de dados de um hospital em Santa Clara, Califórnia
Gallegos, Ovalle-Berúmen, Gomez-Meza (2006) MÉXICO	Quasi-experimental (50 semanas)	Testar a eficácia duma intervenção de enfermagem controlada, centrada na educação e aconselhamento, para facilitar as decisões dos participantes na tomada de decisão relativa ao autocuidado.	**Adultos residentes em duas zonas urbanas equivalentes nos dados demográficos, clínicos, psicossociais e comportamentais, onde predomina a classe média baixa**. 57 randomizados, **45 dos quais permaneceram até ao final do estudo** (78,9%) – 25 no GE e 20 no GC. Seleção - contato porta a porta (garantida a incomunicabilidade entre participantes dos diferentes grupos pela distância entre as áreas de residência)
Gucciardi, DeMelo, Lee, Grace (2007) CANADÁ	Experimental (RCT) (3 meses)	Determinar o impacto de 2 métodos de educação (apenas aconselhamento individual e adicionando educação em grupo) na adesão ao controlo nutricional e glicémico. Comparar e explicar diferenças nos resultados entre os 2 grupos, usando a Teoria Comportamental.	**Adultos pertencentes a uma comunidade portuguesa no Canadá, acompanhados num hospital de um Centro urbano em Toronto**. 87 randomizados, **61 dos quais permaneceram até ao final do estudo** (70,1%) - 36 no grupo de Aconselhamento individual e 25 no de Educação em Grupo
Kim, Jeong (2007) COREIA DO SUL	Pré-teste Pós-teste (6 meses)	Avaliar a eficácia da intervenção dos enfermeiros, via SMS e internet, nos valores da $HbA_{1c,}$ da glicémia capilar e pós-prandial dos doentes com DMt2.	**Adultos residentes numa cidade da Coreia do Sul, possuidores de telemóvel, seguidos no Departamento de Endocrinologia de um Hospital em regime de ambulatório**. 60 randomizados, **51** dos quais permaneceram até ao final do estudo (85%)– 26 no **GC** e 25 no **GI**

Central a esta Revisão Sistemática é a intervenção desenvolvida pelos enfermeiros junto dos participantes, uma das principais inquietações que lhe deu origem (quadro 2). Todos os

estudos elencam um conjunto de atividades relacionadas com a educação da pessoa diabética e apresentam a avaliação dos resultados das mesmas, recorrendo a indicadores específicos e claros, predominantemente de índole antropométrica.

Intervenção desenvolvida

A intervenção é de índole educativa, direcionada no sentido da aquisição de comportamentos sadios, informando sobre dieta saudável e atividade física, monitorização da glicémia capilar e medidas para integrar esta doença crónica nas atividades diárias das pessoas. Em todos os estudos é utilizada a denominação *councelling,* operacionalizada, dependendo do estudo, através de sessões individualizadas e/ou de grupo, por contato via telefone ou por mensagem escrita e recorrendo a um *site* específico da internet.

Em todos os estudos é realizada uma primeira abordagem dos participantes, destinada a colher dados sobre os mesmos, a informar sobre aspetos específicos a desenvolver futuramente ou para definir objetivos que os participantes se propõem atingir. O grupo liderado por Taylor (2003) realiza uma primeira consulta de 90 minutos com o objetivo de reavaliar a situação clínica, psicossocial e estilo de vida, sendo proposto um programa de autogestão. Para Gallegos, Gucciardi e seus pares (2006 e 2007, respetivamente) o foco de atenção está na definição de objetivos para comportamentos específicos, ou metabólicos e educacionais. Já Kim e Jeong (2007) estão centrados na utilização da plataforma da internet.

Analisada globalmente, a intervenção proposta por qualquer dos autores não difere nos princípios básicos que a sustentam. É predominantemente educativa, com alguns autores a promoverem *in loco* o treino dos aspetos abordados teoricamente, sendo os temas escolhidos os cuidados com a dieta, a atividade física, a autogestão (nomeadamente da terapêutica) e a integração da doença no quotidiano das pessoas. São as estratégias utilizadas no desenvolvimento da intervenção que variam, constituindo variáveis estudadas em qualquer dos estudos.

Estratégias de intervenção

Com diferentes estratégias de implementação, as intervenções propostas centram-se em torno de atividades individuais ou de grupo e de contatos realizados através das "novas" tecnologias (telefónicos, via internet). De salientar que, à exceção de Kim e Jeong (2007), a abordagem individual surge associada a sessões de grupo em todos os estudos.

Momentos individuais

A abordagem individualizada é realizada em diferentes fases do desenvolvimento da intervenção nos diferentes estudos, com objetivos e contextos distintos.

Na forma duma entrevista inicial, para além de caracterizar a pessoa nas suas várias dimensões e confirmar dados clínicos, possibilita definir um programa inicial de autogestão acordado entre o profissional e o utente (Taylor, Miller, Reilly, Greenwald, Cunning, Deeter, Abascal, 2003).

Um plano programado e prolongado no tempo, realizado preferencialmente em contexto domiciliário permite delinear uma orientação individual, dirigida para as atividades realizadas em casa (Gucciardi, DeMelo, Lee, Grace, 2007). Em cada momento de interação no domicílio são estabelecidos objetivos para mudanças comportamentais, validados na visita seguinte (Gallegos, Ovalle-Berúmen e Gomez-Meza, 2006), organizando-se a calendarização das visitas em função dos progressos dos participantes no atingimento dos objetivos propostos (Gucciardi, DeMelo, Lee, Grace, 2007).

Destaca-se a importância, atribuída por ambos os grupos de investigadores, à deslocação ao domicílio, pela oportunidade de "ajudar na tomada de decisão em aspetos muito práticos, guiando os participantes na otimização pessoal, familiar e dos recursos materiais" (Gallegos, Ovalle-Berúmen e Gomez-Meza, 2006: 346).

Momentos de grupo

Com terminologias diferentes (aulas, sessões, *councelling* de grupo) o recurso a momentos em grupo foi uma estratégia utilizada pela maioria dos investigadores, complementando a intervenção individualizada (Gallegos, Ovalle-Berúmen e Gomez-Meza, 2006; Taylor, Miller, Reilly, Greenwald, Cunning, Deeter, Abascal, 2003) ou como variável diferenciadora entre grupos (Gucciardi, DeMelo, Lee, Grace, 2007).

Embora estruturados de acordo com os objetivos de cada estudo, é possível identificar características comuns na organização destas sessões em grupo: número reduzido de participantes, num máximo de 10 pessoas por grupo; duração (entre 60 a 90 minutos, podendo chegar às 2 horas); calendarização inicial com sessões frequentes que gradualmente se espaçavam ou terminavam ao fim de um tempo definido: 4 sessões semanais seguidas no grupo de investigadores, liderado por Taylor (2003), e 6 no grupo de Gallegos, Ovalle-Berúmen e Gomez-Meza (2006).

Quadro 2 – Síntese da Intervenção desenvolvida nos estudos e dos resultados obtidos

Estudo	Intervenção	Resultados
Taylor Miller Reilly Green-wald Cunning Deeter Abascal (2003) EUA	**Intervenção**: combinação de entrevista individual, sessões de grupo e acompanhamento telefónico. **Entrevista inicial com um enfermeiro** – uma consulta de 90' para reavaliar a situação clínica, psicossocial e estilo de vida; examinar os pés, avaliar Pressão Arterial (PA) e Frequência Cardíaca (FC). Foi desenvolvido um programa inicial de autogestão. **Aulas de grupo** – todos os participantes estiveram em aulas de grupo com **4 a 10 pessoas cada**. Com a **duração de 1 a 2 horas**, ocorreram **1 vez/semana durante 1 mês**. Foi seguido um livro de trabalho específico em cada grupo que incluía material didático embora o foco fossem discussões em grupo, participação e resolução de problemas. **Acompanhamento telefónico** - uma primeira revisão dos objetivos dos pacientes, seguida de utilização de medicação, sintomas, monitorização da glicémia, da PA e atividades de auto gestão/ cuidado. **Todos os participantes receberam uma chamada inicial do enfermeiro antes da 4ª sessão de grupo**. As chamadas seguintes foram marcadas para as semanas 5, 8, 12, 16, 20, 28, 36 e 44. Todos os contatos deveriam durar em **média 15'**. Foram realizadas chamadas adicionais sempre que necessário.A média de contatos telefónicos foi 12,8 tendo sido realizadas pelo menos 3 e no máximo 30 chamadas. **Os cuidados habituais** consistiram no acompanhamento usual realizado pelo médico assistente, distribuição de panfletos e instruções encorajadoras da manutenção da continuidade da frequência das consultas médicas. No final de 1 ano, tiveram a oportunidade de frequentar uma orientação individual ou de grupo com um enfermeiro.	**Indicadores utilizados na avaliação:** **- Hemoglobina glicada** (HbA_{1c}) - Valores de **colesterol** e **triglicerídeos** - **Autocuidado** - **Atitude** dos doentes e dos médicos assistentes **Avaliação dos resultados da intervenção:** **Âmbito clínico** – globalmente, os resultados foram significativamente melhores no GI: **a HbA_{1c} desceu** 1,14% no GI e 0,35% no GCH (P=0.01); os **valores de colesterol e triglicerídeos** apresentam variações entre -11 a -20,6 mg/dl no GI enquanto no GCH variam entre -6,5 e -11,5 mg/dl; 42,6% dos participantes do GI **atingiram os objetivos definidos** para a HbA_{1c}, o que só foi conseguido por 24,6% dos pacientes do GCH (P<0.03, x^2). **Autocuidado** – neste âmbito não se registaram resultados significativamente diferentes entre os grupos. Todos os participantes aumentaram o nível de confiança para desenvolverem comportamentos direcionados à gestão da doença: 65% para 76% no GI; 58% para 72% no GCH. Registou-se ainda uma melhoria significativa da disposição dos pacientes em ambos os grupos. **Atitude dos doentes** – os participantes frequentaram, em média, 3,5 das 4 sessões de grupo. 90% dos pacientes afirmaram que o programa foi moderada ou extremamente útil na sua preparação para a autogestão. **Atitude dos médicos assistentes** – 13 dos 15 médicos entregaram o questionário de satisfação, nove dos quais recomendaram vivamente a implementação do programa no sistema de saúde. Em relação ao recurso dos participantes aos médicos assistentes, não houve alteração significativa entre o ano da intervenção e o que a precedeu.

Gallegos Ovalle-Berúmen Gomez-Meza (2006) MÉXICO	**Intervenção**: **6 sessões educacionais**, de **90'**, realizadas nas instalações duma escola de enfermagem, e uma **média de 20 sessões de orientação individual de 30 a 90'** (no domicílio ou via telefone). **Estratégia de aprendizagem** - transmissão de informação num curto período de tempo, ao que se seguia outro em que os participantes treinavam as atividades de autocuidado na gestão da doença. **Sessões de grupo** - diabetes e saúde; hábitos alimentares adequados; controlo da diabetes e exercício físico; monitorização da glicémia; cuidados com os pés; incorporar a diabetes no dia-a-dia. **Orientação individual** - atividades de autocuidado desenvolvidas em casa: hábitos alimentares, exercício, monitorização da glicémia, medicação, identificação de complicações e reorganização da vida diária. Estabelecidos objetivos para comportamentos específicos que o participante se comprometia a atingir e que eram validados na visita seguinte. Grupo de controlo (**GC**): consulta mensal na instituição de saúde, com avaliação da glicémia.	**Indicadores utilizados na avaliação:** - **HbA_{1c}, IMC, PA,** - **Cumprimento das indicações** sobre hábitos alimentares, exercício, medicação e monitorização da glicémia capilar (questionários não identificados no artigo) **Avaliação dos resultados da intervenção:** Os dados foram avaliados em 5 momentos: antes da implementação da intervenção e após os 3, 6, 9 e 12 meses desta se iniciar. Os valores médios de HbA_{1c} diminuíram no **GE** e aumentaram no **GC**. Na avaliação 5, 60% dos participantes do **GE** atingiram um controlo glicémico moderado ou bom. A HbA_{1c} começou a descer aos 3 meses de intervenção no **GE**, o que não aconteceu no **GC**. Esta diferença manteve-se ao longo do estudo, até à avaliação final (12 meses).
Gucciardi DeMelo Lee Grace (2007) CANADÁ	**Intervenção**: adequada aos costumes culturais, atitudes, valores, normas, crenças e nível literário da comunidade em estudo, sendo os familiares fortemente encorajados a acompanhar os participantes, sobretudo os cônjuges. Utilização predominante de ajudas visuais, estratégias educacionais direcionadas a baixos níveis de literacia e recurso a atividades interativas que destacassem a gastronomia tradicional portuguesa e as práticas e costumes do grupo. ***Councelling* individual (AI)**: a frequência e duração de cada visita dependeram do progresso do doente e do seu atingimento dos objetivos metabólicos e educacionais. A intervenção mais comum foi presencial, com o mesmo técnico, sendo estabelecidos acordos mútuos sobre os planos nutricionais e gestão dos objetivos em	**Indicadores utilizados na avaliação:** **- Hemoglobina glicada** (HbA_{1c}) - **Parâmetros de adesão** (Atitude, normas subjetivas e recomendações nutricionais) **Avaliação dos resultados da intervenção:** Independentemente do aconselhamento utilizado, todos os participantes melhoraram significativamente depois da intervenção: tanto nos parâmetros de adesão como nos valores de HbA_{1c} (passaram de 7,4% ± 1,6 para 6,9% ±1,3). Os participantes que foram alvo de **AI** associado ao **AG** apresentaram melhor comportamento, intenções mais positivas e melhor aderência para com a gestão nutricional do que os que apenas receberam AI.

	função do estado do paciente e suas prioridades; ***Councelling* em grupo (AG)**: uma equipa multidisciplinar desenvolveu educação em grupo (entre 5 e 8 pessoas) num total de 15 horas distribuídas por 3 dias úteis seguidos utilizando métodologias didáticas e de role-play, definição de objetivos comuns, resolução de situações problema, redefinição de significados cognitivos. Incluiu ainda 6 horas de terapia nutricional.	
Kim Jeong (2007) COREIA DO SUL	**Intervenção**: Depois de instruídos sobre a utilização do site na internet, os pacientes registam diariamente os valores da glicémia, a dieta e o exercício realizados e ainda informação sobre a medicação instituída. Depois de analisar estes dados, os enfermeiros enviam recomendações semanais ao paciente, através de SMS ou por internet (educação contínua e reforço da dieta, exercício e acerto de medicação, bem como frequência de Auto monitorização da glicémia). **Grupo de Controlo** (GC): os participantes desconheciam estas intervenções. Foram observados pelo endocrinologista, uma ou duas vezes nos 6 meses, sendo-lhes dada a informação habitual: medicação e estilo de vida. Se o paciente assim o desejasse, seria envolvido um enfermeiro ou dietista na consulta que daria informação individualizada e detalhada sobre alterações no estilo de vida.	**Indicadores utilizados na avaliação:** **- Hemoglobina glicada** (HbA_{1c}) - **Glicémia capilar** **- Glicémia pós prandial** **Avaliação dos resultados da intervenção:** No pré-teste não foram encontradas diferenças significativas na **HbA_{1c}** dos participantes mas no pós-teste estas existem tanto entre grupos como em tempo. No pós-teste registaram-se diferenças significativas entre os dois grupos em estudo: no **GI** o valor da HbA_{1c} diminuiu em média 1,15% aos 3 meses e 1,05% aos 6. No **GC** esta diferença não foi significativa em nenhum dos momentos. A **glicémia capilar** não diferiu significativamente nem entre grupos nem com o tempo. A **determinação da glicémia 2 horas após a refeição** apresenta diferenças significativas não só nos grupos mas também com o tempo. Neste parâmetro verifica-se uma interação entre tempo e grupo. No **GI** a variação média é de -85,1 mg/dl aos 3 meses e -63,6 mg/dl aos 6, enquanto no **GC** esta não é significativa.

A metodologia utilizada nas sessões privilegiou as discussões em grupo, a resolução de situações problema e o role-play, estratégias ativas que trabalham a construção de conhecimento a partir da vivência de experiências significativas, contribuindo para a mudança de mentalidade, pela exigência colocada aos intervenientes de reavaliação dos papéis desempenhados (Cyrino e Toralles-Pereira, 2004).

Acompanhamento telefónico ou por Internet

Estas estratégias foram utilizadas pelos investigadores com estatutos diferentes nos diversos estudos. Surgem como alternativa ou complemento às anteriores mas também como variável central de uma das investigações.

Kim e Jeong (2007) estudaram a eficácia duma intervenção via mensagem escrita ou por internet através do recurso ao telemóvel, numa perspetiva interativa de implementar cuidados de enfermagem. A determinação de valores de glicose foi o foco de atenção deste estudo pelo que foi solicitado aos participantes que introduzissem no sistema valores autoavaliados obtendo respostas orientadoras por parte dos enfermeiros, conforme as variações analíticas apresentadas. Eram recomendações semanais versando dieta, exercício físico e gestão da medicação, direcionadas à diminuição dos valores registados pelos participantes.

Taylor e seus pares (2003) adicionaram a chamada telefónica às aulas de grupo e a uma entrevista individual. Estes contatos tiveram como objetivo rever metas definidas pelos participantes, monitorização de valores analíticos e orientação das atividades de autogestão/ autocuidado. Com uma duração máxima de 15 minutos por contato, este acompanhamento decorreu em semanas interpoladas, previamente programadas, num total de 8 telefonemas que poderiam aumentar em número, em função da avaliação dos profissionais.

A investigação de Gallegos (2006) analisa o contato telefónico em alternativa à visita domiciliária aos participantes, numa perspetiva de orientação individual, com a duração de 30 a 90 minutos.

Os resultados desta Revisão permitem identificar as intervenções de âmbito educativo que seguem o preconizado como prioritário, tanto pelas diretrizes nacionais e internacionais (World Health Organization, 2012; Observatório Nacional da Diabetes, 2012) como pela evidência científica produzida pela análise da prática (Amorim, 2009;

Duke, Colagiuri, Colagiuri, 2009; Filipe, 2008; Cruz, 2005; Heisler, 2005; Boavida, 2004; Whittemore, Bak, Melkus, Grey, 2003; Vrijhoef, Diederiks, Spreeuwenberg, Wolffenbuttel, Wilderen, 2002).

As estratégias de implementação da intervenção estudadas são diferentes mas a educação individual e o *counselling* sobressaem, tanto em orientação individualizada (técnico de saúde/utente) como em pequenos grupos, com uma seleção de informação adequada às características dos participantes, recorrendo à discussão de casos práticos ou situações problema e ao role-play como estratégia.

Outro objetivo desta Revisão reside na avaliação dos resultados. Pretendia-se identificar, por um lado, intervenções que produzissem resultados e, por outro, os indicadores utilizados nessa avaliação.

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Conhecidas as intervenções que os autores estudaram, importa agora analisar os dados relativos à

avaliação dos resultados obtidos. Três dos quatro estudos incluídos nesta Revisão pretendiam avaliar a eficácia de uma intervenção com dimensões educativas, implementada mobilizando diferentes estratégias que ambicionavam levar a alterações no estilo de vida dos participantes.

Os dados obtidos resultam duma apreciação predominantemente antropométrica que em todos os estudos, destaca a hemoglobina glicada (HbA_{1c}), mesmo naquele que não pretende avaliar eficácia e sim comparar intervenções (Gucciardi, DeMelo, Lee, Grace, 2007).

Os resultados são medidos em função da HbA_{1c}, opção que, por si só, condiciona o *timing* da avaliação, uma vez que estes só são válidos três meses após o início do procedimento, devendo ser as reavaliações realizadas com este intervalo de tempo, o que se constata em todos os estudos. Não obstante, pelas características deste parâmetro (Silink e Mbanya, 2007), é possível discutir os dados relacionando os hábitos e comportamentos dos participantes.

Em todos os estudos, a intervenção investigada resultou em diminuição dos valores percentuais da HbA_{1c}. Este registo aconteceu em todos os momentos de avaliação e com valores significativamente melhores do que os do grupo não intervencionado,

quando este existia. Estes dados permitem afirmar, de forma indireta, que as intervenções desenvolvidas resultaram em alterações por parte dos participantes, pois só dessa forma resultariam descidas do valor médio da HbA_{1c}.

Taylor e Gallegos e seus pares (2003 e 2006) apresentam ainda a relação entre os objetivos definidos para os participantes no início do estudo e o seu atingimento no final do mesmo. Respetivamente, 42,6% e 60% dos pacientes atingiram o valor de HbA_{1c} a que se tinham proposto no início do estudo. O mesmo não se verificou nos participantes dos grupos que não foram alvo de intervenção, que ficaram aquém das metas traçadas.

Kim e Jeong (2007) apresentam resultados da avaliação da glicémia pós-prandial que também é significativamente mais baixa no grupo intervencionado.

Outros valores analíticos são também avaliados com resultados mais significativos no grupo intervencionado, mas surgem associados a terapêutica medicamentosa, pelo que não os incluímos nesta análise (Taylor, Miller, Reilly, Greenwald, Cunning, Deeter, Abascal, 2003).

As intervenções comportamentais e dirigidas ao estilo de vida dos participantes são referidas essencialmente na discussão dos resultados em quase todos os estudos, sendo sugerida a realização de investigação que relacione estas duas dimensões.

A equipa de Taylor (2003) conclui que no âmbito psicossocial e do autocuidado não se registaram resultados significativamente diferentes entre os grupos, com todos os participantes a referirem um elevado nível de confiança para desenvolverem comportamentos direcionados à gestão da doença.

Gallegos e seus pares (2006) afirmam que os resultados do estudo têm por base as respostas obtidas em questionários a respeito do cumprimento das indicações sobre hábitos alimentares, exercício, medicação e monitorização da glicémia capilar, organizados com escalas de escolha múltipla e de Likert mas não apresentam os instrumentos ou dados resultantes da sua aplicação, tecendo algumas considerações na discussão. No dizer destes investigadores, a intervenção direcionada apenas ao autocuidado não é suficiente para diminuir os valores da HbA_{1c} mas deverá ser investigado até que ponto o autocuidado pode produzir efeitos positivos no controlo metabólico das pessoas com DMt2.

Por ter características metodológicas diferentes, o estudo liderado por Gucciardi (2007) apresenta resultados que demonstram uma melhoria significativa no que se refere aos parâmetros de adesão (atitude, normas subjetivas e recomendações nutricionais). Em ambos os grupos se regista esta situação, mas os participantes do grupo que associa o aconselhamento individual ao grupal apresentam melhor comportamento, intenções mais positivas e melhor adesão à mudança nutricional. Sobressai deste estudo a referência à importância da adesão como fator fundamental uma vez que as práticas associadas à dieta estão sujeitas a influência de normas sociais.

Sintetizando, pode-se afirmar que os dados expostos permitem apresentar resultados mensuráveis no controlo metabólico das pessoas com DMt2, associados à intervenção desenvolvida, demonstrando assim a eficácia da mesma. Em adição são claros os indicadores usados nesta avaliação, sobressaindo o recurso à HbA_{1c} como parâmetro fidedigno para análise da variabilidade dos valores da glicémia nos últimos 3 meses (Silink e Mbanya, 2007).

CONCLUSÕES

A procura de evidência científica produzida neste domínio, operacionalizada na RSL que é a base deste artigo, permitiu obter informação pertinente que pode contribuir para aumentar o conhecimento científico sobre o mesmo, embora possa ser considerada uma condicionante o reduzido número de artigos que preenchem os critérios de inclusão/ exclusão definidos.

Relativamente à primeira dimensão em análise, a intervenção desenvolvida, foi possível identificar intervenções educativas, direcionadas no sentido da aquisição de comportamentos sadios, através da adesão a uma dieta saudável, a um programa de atividade física e a medidas para integrar esta doença crónica nas atividades diárias das pessoas diabéticas.

O *councelling* emerge como uma medida estratégica eficaz para transmitir informação de forma ativa, não só recorrendo às metodologias mais tradicionais, como a informação escrita divulgada nos programas de saúde, mas inovando, procurando novas formas de aceder às pessoas, envolvendo-as no processo de adaptação.

Comprova-se ser eficaz o desenvolvimento de uma intervenção conjugada, que associe momentos de orientação individualizada enfermeiro-utente e momentos de educação

em pequenos grupos onde, para além de transmitir informação, preferencialmente adequada às características dos participantes, se recorra à discussão de casos práticos ou de situações problema e ao role-play. Estas sessões devem ser planeadas para um máximo de 2 horas, começando com uma frequência semanal e espaçando-as no tempo, em função da avaliação comportamental realizada junto das pessoas alvo.

Emerge ainda desta Revisão que os enfermeiros devem deslocar-se ao domicílio dos pacientes. Neste contexto, a sua atividade pode centrar-se em problemas identificados *in loco* e as suas propostas de intervenção podem ser adequadas aos recursos humanos e materiais que identificaram, tanto nas relações familiares ou de proximidade, como nas características do ambiente físico envolvente. Será este o contexto de eleição para realizar o aconselhamento individualizado, em momentos que não devem exceder os 60 minutos de contato, planeados numa frequência que permita estabelecer objetivos em conjunto com as pessoas e avaliar a sua concretização.

O recurso às mais recentes técnicas de comunicação é outra das propostas que advém desta análise sistemática. O contato telefónico de iniciativa do enfermeiro permite um aconselhamento individualizado que pode ser efetivado com frequência, ao que pode ser acrescido o envio de informação, indicações escritas padronizadas – panfletos ou brochuras, por exemplo, ou individualizadas, utilizando a internet ou as mensagens escritas por telemóvel.

Outra das dimensões em análise é a avaliação dos resultados. Os estudos propõem essencialmente a monitorização da HbA_{1c}, mas também do IMC e da glicémia capilar. A proposta de adoção de escalas comportamentais é também mencionada, embora não de forma tão explicita. Sugere-se a avaliação da aderência e da autoeficácia, bem como a utilização de escalas de avaliação das atividades de autocuidado associadas à alteração de comportamentos.

De relevar a ótica integrativa que se observa nos estudos incluídos nesta Revisão, onde se constata a associação do controlo metabólico, dado objetivo, à subjetividade comportamental subjacente à adoção de estilos de vida saudáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reunida esta evidência científica, duas conclusões major podem ser retiradas. Primeiro, definir uma intervenção educativa específica produz resultados positivos no grupo alvo. Segundo, a associação de várias estratégias de intervenção potencia a eficácia da mesma. Por outro lado, a definição conjunta, entre técnico e utente, de objetivos metabólicos e de regras alimentares, associados ao desenvolvimento duma atividade física regular e moderada, permite, ao comparar parâmetros objetivos obtidos antes e depois do desenvolvimento da intervenção, identificar uma variação positiva dos mesmos, sobretudo após os 6 meses de intervenção continuada e estruturada.

Ou seja, independentemente dos parâmetros utilizados na avaliação de resultados da intervenção investigada nos diversos estudos, comportamentais ou antropométricos, existe unanimidade na observação de melhoria do estado global da pessoa diabética.

Reforça-se assim que cuidar da pessoa com diabetes é um desafio multidimensional que implica gerir diversos fatores que vão para além da gestão do regime terapêutico, essencial ao controlo metabólico da doença, cabendo ao profissional de saúde colaborar no processo, no sentido da promoção da qualidade de vida das pessoas, para o que deve criar condições para avaliar a sua real condição, a progressão, ou não, do seu estado, no sentido de adequar o processo decisório na seleção das intervenções a implementar.

BIBLIOGRAFIA

Amorim MI (2009). Para lá dos números… Aspetos Psicossociais e Qualidade de Vida do indivíduo com Diabetes Mellitus tipo 2, Tese de Doutoramento em Saúde Mental, Porto: UP- ICBAS.

Boavida JM (2013). Educação do doente terapêutico no tratamento da diabetes, Rev Port Cardiol: 32:32-34.

CRD (2009). Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: UY.

Cruz SC (2005) Tratamento não farmacológico da Diabetes tipo 2, Rev Port Clin Geral 21: 587-95.

Cyrino EG, Toralles-Pereira ML (2004). Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas, Cad S Púb 20(3):780-788

Direção Geral da Saúde (2007). Circular Normativa nº 23/DSCS/ DPCD: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, Lisboa: DGS.

Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R (2009). Individual patient education for people with type 2 diabetes Mellitus (Review). The Cochrane Library, Wiley Pb.

Filipe AR (2008) Pensar e agir para viver melhor: a autorregulação e o *coping* na adaptação dos Indivíduos com diabetes Mellitus de tipo II, dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, UL: FPCE.

Gallegos C, Ovalle-Berúmen F, Gomez-Meza MV (2006). Metabolic Control lf Adults with Type 2 Diabetes Mellitus through Education and Counselling, J Nurs Schol 38 (4): 344-351.

Gucciardi E, DeMelo M, Lee RN, Grace LG (2007). Assessment of two culturally competent Diabetes Education methods: Individual versus plus Group Education in Canadian Portuguese adults with Type 2 Diabetes, Eth Health 12 (2): 163-187.

Heisler M (2005). Helping your patients with chronic disease: effective physician approaches to support self-management, Semin Med Pract 8: 43–54.

Jadad AR, Moher D, Nichol G, Penman M, Tugwell P, Walsh S (1995) Assessing the quality of randomized controlled trials: an annotated bibliography of scales and checklists, Control Clin Trials, 16(1): 62-73.

Kim HS, Jeong HS (2007). A Nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients from six months, J Clin Nurs 16: 1082-1087.

Lakatos EM, Marconi MA (2001). Fundamentos de Metodologia Científica, S. Paulo: Ed. Atlas.

Moorhead S, Head B, Jonhson M, Maas M (2010). Classificação dos resultados de enfermagem (NOC), Rev Bras Enfer 63 (1): 122-126.

OND (2012). Diabetes: factos e números 2011. Relatório Anual do OND Portugal, Lisboa: SPD.

Oxman AD, Guyatt GH, (1991). Validation of an index of the quality of review articles, J Clin Epidemiol 44 (11): 1271- 1278.

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008), MS: DGS.

Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR (2007). A Estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências, Rev Lat-Am Enf 15(3).

Silink M, Mbanya JC (2007). Global standardization of the HbA1c assay – the consensus committee recommendations, Diab Voice: 52 (4): 33-34.

Taylor CB, Miller NH, Reilly KR, Greenwald G, Cunning D, Deeter D, Abascal L (2003) Evaluation of a Nurse-Care Management System to improve outcomes in patients with complicated diabetes, Diab Care 26 (4): 1058-1063.

Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreeuwenberg C, Wolffenbuttel BH, Wilderen LJ (2002). The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: Effects on patient outcomes, Int J Nurs Stud 39(4): 441-451.

Whittemore R, Bak PS, Melkus GD, Grey M (2003). Promoting lifestyle change in the Prevention and Management of type 2 diabetes, J Am Acad Nurse Pract 15(8): 341-34.

WHO (2012) Diabetes. Fact sheet nº 312 (http://www.who.int/ mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html)

DA ADESÃO À PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO – GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR.

Mário Silva[1] & José Amendoeira[2]

[1]Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS
[2]Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS. Investigador integrado no CESNOVA. Investigador no CIIS/UCP.

RESUMO

A evidência científica demonstra uma preocupação internacional na centralidade do cidadão nos cuidados de saúde e a sua capacidade para as tomadas de decisão, na construção do seu projeto individual de saúde, que se repercute na saúde coletiva. O investimento dos enfermeiros, como recurso para a construção deste projeto individual ou coletivo, terá que ser no desenvolvimento de competências cognitivas, relacionais, técnicas e éticas, tendo como objetivos a produção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Procuramos perceber as competências que os enfermeiros mobilizam na prática clínica face às respostas humanas aos processos de saúde doença.

Quais as competências dos enfermeiros (I) que promovem a gestão dos diferentes regimes terapêuticos (O) no ser humano com doença cardíaca (P)? Pesquisamos na plataforma EBSCO, nas bases de dados: CINHAL Plus Full Text, Medline With Full Text, British Nursing Index e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, entre Janeiro de 2005 a Janeiro de 2010.

Competências como conhecimentos específicos que permitam ao enfermeiro avaliar, diagnosticar e planear cuidados, que integram o domínio cognitivo, afetivo e habilidades psicomotoras, relações intra e interpessoais, habilidades comunicacionais, competências éticas, registos, capacidades de escuta e a inteligência cognitiva e emocional.

Palavras-chave: Competency; Nursing; Management; Therapeutic; human be;

ABSTRACT

Scientific evidence demonstrates an international concern on the centrality of citizens in health care and their capacity for decision-making in the construction of their individual health project, which has repercussions on public health. The investment of nurses as a resource for the construction of individual or collective project, which will be the development of cognitive, relational, ethical and technical skills, with the objectives of producing results sensitive to nursing care. We seek to understand the competencies that mobilize nurses in clinical practice in the face of human disease processes health responses.

What competency of nurses (I) that promote the management of different therapeutic regimens (O) in human be with heart disease (P)? We searched the EBSCO platform in databases: CINHAL Plus Full Text, With Full Text Medline, British Nursing Index and Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, from January 2005 to January 2010.

Competencies as specific knowledge enabling nurses to assess, diagnose and plan care that integrate the cognitive, affective and psychomotor skills domain, intra and interpersonal relationships, communication skills, ethical responsibilities, records, listening skills, and cognitive and emotional intelligence.

Keywords: Competency; Nursing; Management; therapeutic; human be.

INTRODUÇÃO

Sabemos que a nível mundial, a morbilidade e mortalidade associadas às doenças crónicas, incluindo as doenças cardiovasculares, atingem taxas com grande impacto na qualidade de vida das populações (AHA, 2005) estima custos de 393,5 biliões de dólares e que para o controle e diminuição da sua progressão, uma das dimensões que devemos investir enquanto profissionais de saúde, será na promoção da saúde, educando a pessoa/família/comunidade/grupo. Nesta dimensão da educação para a saúde, a promoção da adesão à terapêutica em pessoas com doença crónica, é um dos focos de atenção cruciais para diminuir este impacto, quer na repercussão para a pessoa/família/grupo/comunidade, quer em termos económicos nos resultados em saúde. (Amy e Lynn, 2007; Takahiro et al, 2005; Els et al, 2005)

Face ao estudo que temos desenvolvido nesta área do conhecimento em enfermagem, ou seja, a adesão aos diferentes regimes terapêuticos centrada na pessoa e face à evidência demonstrada no estudo realizado, o fenómeno releva-se essencialmente em cinco dimensões importantes que a pessoa mobiliza na adesão: relacionadas com a variável fisiológica, psicológica, de desenvolvimento, sociocultural e espiritual (Silva, 2010)

Alguns estudos a nível internacional, demonstram esta evidência científica, no entanto, relacionando com os factores que conduzem a adesão da terapêutica centrados na doença e na preocupação de melhorar estes níveis de adesão face à prevenção, manutenção ou tratamento das doenças na pessoa. Emergem essencialmente três tipos de fatores: *relacionados com a pessoa, relacionados com a doença e relacionados com o sistema de saúde.*

Por outro lado, relevamos também as questões dos indicadores revelados pela Direção Geral de Saúde (2002), referindo que as doenças cardiovasculares, cancro e outras são a principal causa de morbilidade e mortalidade, assim como as responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, citando (DALYs1, European Health Report, OMS, 2002) "…com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde (…) medicamentos e dias de internamento, representando, em 2000, a nível europeu, cerca de 75% da carga da doença (*burden of disease*)".

A perspetiva evolutiva do conceito de adesão, requer uma atenção contextualizada face ao conceito de saúde que existia no século passado e o atual, ou seja, tendo como princípio major a centralidade da pessoa no processo de cuidados, a sua perspetiva de saúde é sem dúvida o que transversalmente deve ser enfatizado, face aos processos de tomada de decisão onde a pessoa deve participar enquanto sujeito ativo no seu projeto de saúde individual e coletivo.

Neste âmbito, o primeiro conceito relacionado com a adesão – compliance – traduzia o poder do profissional de saúde – o médico – no qual a pessoa deveria obedecer às suas recomendações. Em concomitância, além de sujeito passivo no processo, poderia ainda ser alvo de juízos e de sentimentos de culpa, se por acaso não cumprisse as mesmas recomendações. Questões como, porquê, onde, quando, quantas vezes, o que sabe sobre, o que acredita, não eram equacionadas neste paradigma e que atualmente ainda persiste, embora com menor frequência (Sousa, 2003; Silva, 2010).

Emerge então o conceito de adesão (Adherence), que apresenta uma perspetiva mais integradora da pessoa no processo, ou seja, a sua conceção reflete os comportamentos da pessoa, em relação à terapêutica farmacológica e não farmacológica, que correspondem às orientações dos profissionais de saúde (WHO, 2003; Henriques, 2006; Silva, 2010).

Uma das dimensões referenciadas nesta problemática, tem sido as questões relacionadas com a capacidade da pessoa ou familiar cuidador, gerir de forma adequada um regime terapêutico quer seja farmacológico ou não farmacológico, no sentido da manutenção da sua saúde. Uma das formas de melhorar a adesão é a educação na autogestão, no sentido da envolvência da pessoa no seu próprio auto cuidado. No entanto, instruir a pessoa sobre o que fazer e o que não fazer, no sentido de ser um facilitador na mudança de comportamentos em saúde não costuma conduzir a essas mudanças (Nieuwenhuijsen et al, 2005).

COMPETÊNCIA(*S*) NA ENFERMAGEM

A preocupação em termos evolutivos, tem sido compreender como é que este fenómeno das pessoas e da adesão aos diferentes regimes terapêuticos tem sido experienciado e que dimensões levam as pessoas a aderir ou não aderir.

Esta assunção face ao enquadramento conceptual da disciplina de enfermagem e da profissão, integrando o estudo a realizar, permitir-nos-á mobilizar aspectos importantes relacionados com a pessoa em contexto específico e cujas respostas são únicas e singulares. Amendoeira (2006, p.45) refere que *"A capacidade que as disciplinas tenham de assumir um determinado paradigma, será potencializadora do conhecimento de determinado fenómeno, como mais-valia do conhecimento humano, pelo questionamento que faz do mesmo"*.

É neste sentido que temos construído o nosso conhecimento, ou seja, após conhecermos numa determinada população, as razões que levam o ser humano a aderir ou não aos diferentes regimes terapêuticos, assim como outros estudos a nível nacional que nos trouxeram contributos nessa área, procuramos compreender quais as competências que os enfermeiros desenvolvem para promover a adesão das pessoas (Henriques, 2006; Silva, 2010).

Procuramos concetualização em relação às competências dos enfermeiros nesta área de intervenção. Neste âmbito, enquanto disciplina e segundo os Enunciados Descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2001, p.4) "…a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional (…) nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde…", o que integra as competências que os enfermeiros têm que desenvolver no âmbito desta procura da excelência nos processos de cuidados com a pessoa, família e/ou comunidade.

O que nos orienta para o conceito de competência como referencial para a compreensão do fenómeno a estudar, tendo como suporte o pólo teórico cujo enquadramento se torna promotor na construção do desenho do estudo.

A importância do desenvolvimento de competências dos enfermeiros a nível nacional promove um documento por parte da Ordem dos Enfermeiros que define o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, inclusive o conceito de competência como "a competência do enfermeiro de cuidados de gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar" (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 16).

Os enfermeiros no âmbito do desenvolvimento das suas competências, integram nos processos de cuidados com as pessoas, a metodologia científica, cujos resultados sensíveis aos cuidados emergem do rigor e competência na sua operacionalização. Podemos mobilizar o conceito de processo de cuidados, ou seja, processo de interação cujo centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado que ele próprio executa e controla (Amendoeira, 2000).

Em termos da formação, tem existido uma preocupação em centrar o foco na competência (Donna, 2008). A autora, apresentou as seguintes competências essenciais para profissionais de saúde: trabalho em equipas interdisciplinares, prestar cuidados à pessoa, utilizar a prática baseada em evidências, uso de informática e aplicar a melhoria da qualidade (Donna, 2008).

Quando falamos de competências e da sua educação, permanece ainda muito insipiente a forma como as desenvolver, demonstrar e como ensinar. As dimensões de

avaliação integram o domínio cognitivo, afetivo e habilidades psicomotoras, face aos conhecimentos que se desenvolvem ao longo da vida e que terão que ser um desafio (Donna, 2008).

The National Council for State Boards of Nursing citado por Sportsman e Wood (2010), referem competência "the application of knowledge and the interpersonal, decision-making, and psychomotor skills expected for the practice role, within the context of public health". Articulando com o que Amendoeira (2006) refere como processo de cuidados, esta definição de competência integra todas as dimensões do mesmo. Importantes por isso, no sentido de compreendermos que a nível nacional, já temos integrado que os enfermeiros desenvolverem as suas competências numa perspetiva de formação pré e pós graduada que lhes permite além da prática, refletir sobre a mesma, num investimento cujo desafio é sem dúvida a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Também a nível internacional, emergem dois conceitos – *competence* e *competency*, cujas dimensões face ao primeiro, integram a descrição do comportamento ou da ação e o segundo foca-se na competência da pessoa e no que suporta o seu desempenho competente (Donna, 2008). Conceito importante para o que pretendemos estudar, ou seja, centrados nas competências dos enfermeiros, será por nós adotado o segundo conceito, pois o que pretendemos compreender são as competências que os enfermeiros desenvolvem para promover o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

Lenburg (1999) descreve um modelo de resultados de competências e avaliação de desempenho (COPA – Competency Outcomes and Performance Assessment), identificando oito competências essenciais: *avaliação e intervenção; comunicação; pensamento crítico; ensino; relação de afetividade; gestão; liderança; habilidades e conhecimento.*

Importante também é a reflexão que desenvolve no âmbito da clarificação do conceito, ou seja, segundo (NCSBN – The National Council for State Boards of Nursing, 2005), as razões passam por ser um conceito multifacetado que dificulta a sua medida, o número elevado de enfermeiros na prática que dificulta a identificação de variáveis significativas, dos custos/benefícios, abordagens reguladas, de quem é a

responsabilidade da formação para a continuidade das competências e os vários níveis de formação em enfermagem (Donna, 2008).

Desta forma e de acordo com o que pretendemos estudar, leva-nos a formular as seguintes questões: *Quais as competências desenvolvidas pelos enfermeiros na promoção da gestão dos diferentes regimes terapêuticos, do ser humano com doença cardiovascular? Quais as competências dos enfermeiros na promoção da gestão dos diferentes regimes terapêuticos, percecionadas pelo ser humano com doença cardiovascular?*

Assim enquanto objetivos iniciais que servem de ponto de partida para o desenvolvimento do que pretendemos estudar, delineamos: identificar as intervenções de enfermagem que promovem a gestão dos diferentes regimes terapêuticos no ser humano com doença cardiovascular; identificar quais as boas práticas de enfermagem percecionadas pelo ser humano com doença cardiovascular, que o levam a processos de tomada de decisão adequadas na gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

METODLOGIA

Enquanto investigadores, no sentido de perceber qual a evidência científica relacionada com as competências de enfermagem na promoção da gestão dos diferentes regimes terapêuticos do ser humano com doença cardiovascular, planeámos desenvolver uma revisão integrativa.

Emergem alguns conceitos chave para formular a pergunta PI[C]O: ***Quais as competências dos enfermeiros (I) que promovem a gestão dos diferentes regimes terapêuticos (O) no ser humano com doença cardíaca (P)?***

Introduzimos as palavras-chave da seguinte forma: **Competency; Nurs*; Management; Therapeutic; human be;** efetuou-se a pesquisa nas bases de dados EBSCO (CINAHL Plus Full Text, MEDLINE with Ful Text, British Nursing Index e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive), cada palavra-chave individualmente e com a conjugação de todas as palavras-chaves, com o boleano ***and,*** emergiram os artigos relacionados. Apresentamos a sistematização com a conjugação final das palavras-chave.

Conjugação das palavras-chave	Nº de artigos
1+2	**3096**
1+2+3	**1225**
1+2+3+4	**25**
1+2+3+4+5	**14**

Introduzimos dois critérios para refinar ainda mais a pesquisa, o filtro cronológico de 2005 a 2010 e todos os artigos com texto completo, do qual resultaram 14 artigos.

Procedemos à análise dos artigos tendo por base os critérios de inclusão e exclusão. **Critérios de inclusão:** *pessoa com doença cardíaca; estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas da literatura, estudos de caso que revelem resultados que contribuam para a evidência científica do estudo; apenas estudos/artigos escritos em Inglês, Português ou Espanhol.* **Critérios de exclusão:** *pessoa com associação de problemas de saúde mental e psiquiatria, com deficiência mental, no âmbito da pediatria; Todos os resultados da pesquisa que não apresentem metodologia científica, todos os estudos/artigos no âmbito da gestão enquanto área de formação na disciplina de enfermagem.*

Esta análise permitiu através dos critérios referenciados anteriormente e com a leitura do Abstrat, partir para a análise dos estudos/artigos tendo também por base os seis níveis de evidência, de acordo com Rennie Guyatt (2002).

Na pesquisa não encontramos evidência científica com a conjugação de todas as palavras-chave, no entanto, consideramos importante analisar e compreender o que se tem refletido e estudado em termos de conhecimento sobre as primeiras quatro palavras-chave (competency, nurs*, management, therapeutic, human be)

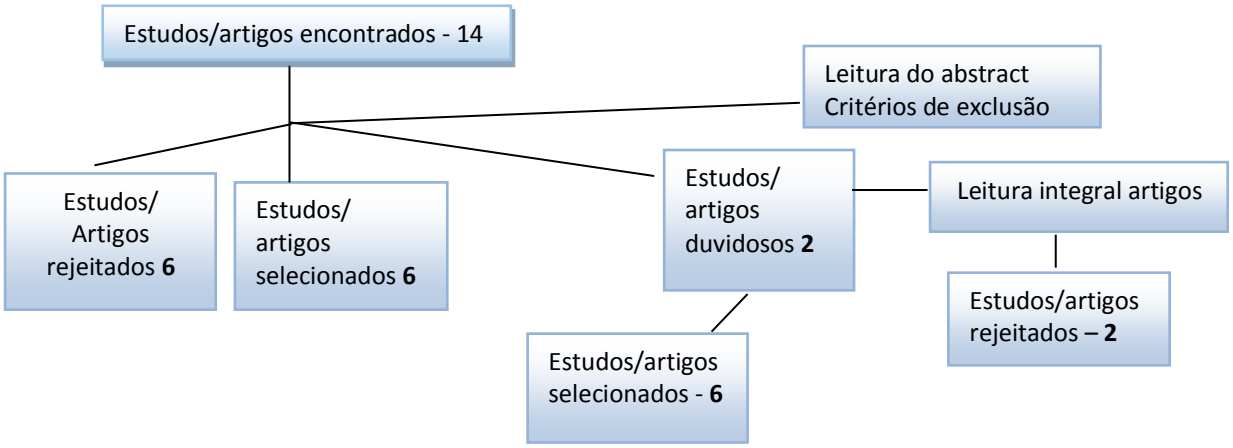


Figura I – Síntese da estratégia de pesquisa

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Como temos vindo a demonstrar, será importante sistematizar também os estudos selecionados, de acordo com a pergunta PI[C]O inicial, que consideramos pertinentes para o estudo proposto.

Assim apresentamos a relação dos estudos/artigos individualmente no quadro seguinte.

Quadro nº 3 – Estudos/Artigos

Estudo	**T. Ostermann; M. Bertram; A. Büssing 2010 "A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation"**	
Participantes	77 membros da Equipa multidisciplinar do Hospital de reabilitação neurológica, (55 enfermeiros, 19 terapeutas e 3 médicos) e 44 doentes;	
Intervenções	Analisa os efeitos do trabalho de equipa no hospital de reabilitação neurológica, relacionado com as pessoas, recorrendo a várias escalas: CTC (Conviction of Therapeutic Competency); BMLSS (Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale; CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire); relacionado com o ambiente de trabalho e a influência do trabalho de equipa neste ambiente utiliza uma escala, WES-10 (Work Environment Scale), que integra 4 subescalas (SR – Self-realization; WL – Workload; C – Conflict; N – Nervousness. Realizado em três tempos T0, T1 e T2, especificamente T0 – Janeiro 2007, T1 – Janeiro 2008, T2 – Janeiro 2009	
Resultados	Na equipa multidisciplinar, 76% revela satisfação, não havendo diferenças significativas entre as várias profissões. Na competência terapêutica os terapeutas e os enfermeiros apresentam níveis mais elevados de convicção, apesar de não evidenciar em relação ao género diferenças significativas. A escala WES-10 e as subescalas, evidencia relação entre os conflitos e sobrecarga de trabalho, e entre nervosismo e auto realização. Os efeitos do trabalho de equipa, reduz os conflitos e estabiliza adesão.	
Nº de artigo	Nº 1	Nível evidência II - Estudo piloto, longitudinal
Estudo	Gladys Effa-Heap 2009 "Blood transfusion: implications of treating a Jehovah's Witness patient"	
Participantes	Pessoa com crenças religiosas específicas (Jeová) e a necessidade de administrar uma transfusão de sangue.	
Intervenções	Competências dos profissionais na interação de cuidados e a tomada de decisão informada. Desenvolvimento teórico e habilidades ético-morais e deontológicas: consentimento informado e respeito pelos valores e promotor de alternativas para decisão informada. Avaliação inicial da pessoa, plano de intervenção validado com a pessoa e equipa. Prevenção e promoção da saúde.	
Resultados	Ótima e honesta comunicação, a chave para uma gestão eficaz na relação com uma pessoa Jeová . A relação e empatia como promotoras de responsabilidade e tomada de decisões informadas. A disponibilidade, a privacidade, a confidencialidade e a envolvência da família pode encorajar a pessoa e seus membros a aceitar um tratamento à base de sangue.	
Nº de artigo	Nº 2	Nível de evidência – VI - Artigo de reflexão
Estudo	Marcia Gruber; Rosanne Hartman – 2007 **Don't overlook "comunication competence"**	
Participantes	Os enfermeiros com quadro de participação, a nível da prestação de cuidados, gestão, ensino e pesquisa avançada.	
Intervenções	Competências comunicacionais dos enfermeiros como área de intervenção nas relações interpessoais, emocionais e sociais. Investigado que competências comunicacionais são importantes para os enfermeiros. Revisão da literatura sobre as crenças que os enfermeiros têm sobre as competências comunicacionais.	
Resultados	Ao nível da comunicação 19 comportamentos: instruir os outros; emitir ordens; providenciar informações claras; Ouvir de forma eficaz; gerir conflitos; persuadir outros; falar articuladamente e em público; intercâmbio de informações de rotina; participar na discussão em pequenos grupos; usar o humor adequado; empatia; negociar; operar autonomamente; adaptação social; gerir várias interações ao mesmo tempo; exibir comportamento não-verbal amigável; tomada de decisão; características comunicacionais para enfermeiros. Capacidade e habilidade de transmitir informações claras, ouvir, tomar decisões, empatia e a gestão nas interações, aconselhar e instruir. Um enfermeiro gestor para ser líder, deve ter habilidades de negociação, bom ouvinte;	
Nº de artigo	Nº 3	Nível de evidência VI - Artigo de reflexão

Estudo	Sprakes K; Tyrer J.2010 **"Improving wound and pressure area care in a nursing home"**	
Participantes	Enfermeiras da comunidade, responsáveis pela avaliação clínica e tratamento de feridas complexas - úlceras de Pressão, num lar de idosos. 34 Idosos Residentes num lar de, nove enfermeiros treinados e 34 assistentes em cuidados de saúde distribuídos por turnos diferentes, assegurando prestação de cuidados nas 24 horas.	
Intervenções	Projeto com duas sessões de formação sobre feridas e úlceras de pressão: implementar um quadro de competências para os enfermeiros da comunidade, contribuir com resultados na evolução da pessoa, reduzir a gravidade e o número de feridas e úlceras de pressão. Dois quadros de competências: o primeiro integrou a estrutura e funções da pele e quais as consequências das feridas a este nível, os diferentes tipos e etiologias; as fases de cicatrização de feridas; fatores que poderiam atrasar a cicatrização de feridas; propriedades dos produtos genéricos, cuidados às feridas e a importância da avaliação inicial para analisar e interpretar a informação recolhida no sentido do desenvolvimento, gestão e avaliação dos planos de forma adequada. O segundo foi desenvolvido com base no RCN (Royal College of Nursing) e NICE (2005) em evidências e orientações para a prevenção e gestão de úlceras de pressão. Os quadros de competência já haviam sido aprovados e implementados por todos os serviços de enfermagem da Comunidade em Liverpool. Aumentar o conhecimento das enfermeiras e as capacidades de gestão das feridas e úlceras de pressão. Realizados debates sobre a necessidade da mudança e sobre os potenciais benefícios do projeto na melhoria dos cuidados à pessoa, aumentando o conhecimento e habilidades.	
Resultados	Menos pressões do trabalho e maior satisfação no trabalho. Gasto menos tempo no apoio aos funcionários do lar de idosos, menos visitas e os encaminhamentos feitos para a equipe de enfermagem foi mais adequada e os custos para a organização tem reduzido. Os cuidados e a sua confiança aumentou face à prevenção das úlceras de pressão e do aparecimento de feridas. Divulgação e documentação da avaliação das feridas em outros lares. A educação levou a mais praticantes instruídos, cuidados centrados na pessoa, melhorou a saúde preventiva e reduziu as desigualdades dos cuidados prestados e a probabilidade de internamentos hospitalares. O programa educativo aumentou os conhecimentos, habilidades e competência dos enfermeiros na gestão dos cuidados às feridas e na prevenção das úlceras de pressão. Melhorou a qualidade do atendimento que eles oferecem. Possíveis barreiras para a implementação bem-sucedida do projeto: atitudes em relação à mudança, prazo apertado para implementar o projeto e o compromisso dos funcionários em participar no mesmo.	
Nº de artigo	Nº 5	Nível de Evidência IV - Estudo longitudinal Comparativo
Estudo	Alun Charles Jones; John R. Cutcliffe; 2009 **"Listening as a method of addressing psychological distress"**	
Participantes	Enfermeiros do hospital durante narrativas experienciadas, num formato de grupo em supervisão clínica.	
Intervenções	Referências de avaliação elaborado a partir de bases de dados: todas as opiniões EBM, BRITISH Nursing Index, INFO, CINAHL PSYCH e MEDLINE e EMBASE	
Resultados	Valor da escuta como uma atividade terapêutica e como o despertar emocional pode ter impacto sobre um enfermeiro? E outros profissionais de saúde? Explora os benefícios da supervisão clínica como um método equivalente de ajudar enfermeiros a compreenderem as suas próprias respostas em cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos. A escuta terapêutica considerada fundamental para a prática dos cuidados de saúde. Uma competência crítica; autogestão e resiliência em situações emocionais. A escuta como forma de ajudar uma pessoa com doença grave, o silêncio, quando utilizado com ponderação, é uma atividade importante. O Serviço Nacional para Doença Arterial Coronária (2001) enfatiza a influência dos fatores psicológicos na doença. Os padrões de comunicação e comportamento estabelecidos no início da vida, influenciam a forma como o enfermeiro ou outro profissional de saúde responde e gere experiências de doença grave. A Supervisão da prática clínica é considerada fundamental para o avanço do cuidar em situações profissionais.	
Nº de artigo	Nº 7	Nível de evidência V - Revisão de literatura
Estudo	Jeanne Morrison; 2008 **"The relationship between emotional inteligence competencies and preferred conflict-handling styles"**	
Participantes	Noventa e quatro enfermeiros que trabalham em três unidades de saúde no sul do Mississippi.	
Intervenções	Avaliar as competências de IE dos enfermeiros e relação entre essas competências e as suas habilidades de resolução de conflitos. Determinar de forma quantitativa se existe uma relação entre EI e a resolução de conflitos entre enfermeiros numa definição de saúde.	
Resultados	Relação positiva de todas as quatro dimensões da EI: autoconhecimento, autogestão, sensibilização social e gestão de relacionamento. Emergiu a necessidade da autoavaliação, a adaptabilidade, a iniciativa, otimismo, empatia. Elevados níveis de IE, cria oportunidade de aprendizagem de habilidades interpessoais, pode aumentar a produtividade.	
Nº de artigo	Nº 12	Nível de evidência VI - Estudo quantitativo correlacional

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em 2003 a Ordem dos Enfermeiros publica as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, cujo conteúdo emerge em duas dimensões que relevam os enfermeiros na atualidade como um grupo profissional de carácter científico, pelo elevado contributo que impulsiona o funcionamento do sistema de saúde, garantindo inequivocamente o acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, especificamente em cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Neste âmbito, quando falamos de capacidades e habilidades, poderemos integrar alguns autores que nos EUA têm, refletido estas questões das competências na saúde, que referem não existir um conceito de competência no âmbito da saúde específico. Apresentam mesmo um conjunto de competências essenciais a desenvolver pelos profissionais de saúde: trabalho em equipas interdisciplinares, prestar cuidados à pessoa, utilizar a prática baseada em evidências, uso de informática e aplicar a melhoria da qualidade (Donna, 2008).

Será importante em relação ao desenvolvimento de competências em algumas áreas específicas do saber em enfermagem e ao nível da educação, os domínios de avaliação, cognitivo, afetivo e habilidades psicomotoras face aos conhecimentos que se desenvolvem ao longo da vida.

Na área específica da prática clínica em enfermagem enquadra-se maioritariamente investigação relacionada com competências em relações intra e interpessoais cujo desenvolvimento emerge na multidisciplinaridade dos contextos da prática, nas habilidades comunicacionais, na capacidade de desenvolver relações terapêuticas com a pessoa, na mobilização das competências éticas e na mobilização dos conhecimentos teóricos como background para desenvolver processos de cuidados de forma competente, o que integra o conceito de *"competency"*.

Assume-se um conjunto de resultados que permitirá construir de acordo com as competências emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, um corpo de conhecimentos que servirão de estímulo para realizar investigação nesta área.

A importância da construção e implementação do trabalho de equipa ao nível dos cuidados de saúde, podemos integrar no estudo identificado, que todos os intervenientes no processo encontram vantagens, a integração das várias disciplinas, a própria pessoa, objetivos comuns, a satisfação, resolução, recuperação ou adaptação da pessoa e família nos

processos de saúde doença serão eficaz e eficientemente alcançados (Ostermann, Bertram e Büssing, 2010).

Na promoção da gestão dos regimes terapêuticos no ser humano com doença cardiovascular, podemos constatar que não poderemos isoladamente enquanto enfermeiros capacitar a pessoa para esta gestão, o trabalho de equipa terá que estar presente, sendo que para isso temos que ter desenvolvidas competências quer na área da gestão, da educação, comunicação e relações interpessoais.

Ao nível das competências éticas, os enfermeiros regem-se por um Código Deontológico, cuja área do conhecimento se deve cotar do mais alto nível do saber fazer, saber estar e essencialmente saber ser. Ser responsável por processos de cuidados cujas questões éticas integram desde o início uma dimensão importantíssima para o sucesso da relação terapêutica. Neste contexto, relevarmos o artigo nº 2 que nos evidencia estas competências perante a pessoa com crenças religiosas específicas, que perante o nosso dever e de acordo com o juramento, deveremos demonstrar respeito nas tomadas de decisões, assim como capacitarmos a pessoa para essas mesmas tomadas de decisão de forma consciente e informada.

A importância de conhecermos a pessoa/família e ambiente envolvente, remete-nos para as competências a mobilizar como a colheita de dados, planeamento, execução e avaliação do processo de cuidados, com relevo para a validação do mesmo com a pessooa/família (Gladys Effa-Heap, 2009).

Os enfermeiros devem mobilizar estas questões na promoção da gestão dos regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular, criando laços de confiança, relações de empatia entre os intervenientes. A pessoa/família bem informadas, têm um suporte para as tomadas de decisão mais conscientes e informadas.

Concomitantemente no artigo nº 3, além de refletir sobre as competências comunicacionais que os enfermeiros devem desenvolver na interação com a pessoa, elenca um conjunto de comportamentos a observar no âmbito do desenvolvimento dessas mesmas competências, que passam por: Instruir os outros, providenciar informações claras, ouvir de forma eficaz, gerir conflitos, persuadir outros, falar articuladamente, falar em público, partilha de informações de rotina, participar na discussão em pequenos grupos, usar o humor adequado, empatia, negociar, operar autonomamente, adaptação social, exibindo um comportamento favorável, gerir várias interações ao mesmo tempo, exibir comportamento

não-verbal amigável, tomada de decisão. Poderão ser discutíveis, uma vez que, ao enunciar-se a persuasão como um comportamento a observar, poderá conduzir a juízos que na verdadeira essência da enfermagem, não contribuam com resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Gruber e Hartman, 2007).

Mencionar a comunicação como uma técnica a desenvolver pelos enfermeiros, como outras que se aprendem ao longo da formação inicial, os enfermeiros têm dificuldades em integrá-la com esta conceção, o que se pode repercutir na relação com a pessoa/família, face à informação que têm que transmitir, por vezes até com alguma tendência para se refugiarem noutros profissionais de saúde.

Neste artigo, emergem cinco categorias enunciadas de forma decrescente, a capacidade e habilidade de transmitir informações claras, ouvir e tomar decisões; a empatia e a gestão nas interações e aconselhar e instruir como competências a demonstrar. Todas estas categorias terão um peso importante face à necessidade de prestar cuidados à pessoa com necessidades de encaminhamento e educação no âmbito dos diferentes regimes terapêuticos a implementar (Gruber e Hartman, 2007). Será que os enfermeiros no seu dia-a-dia, mobilizam estas questões para otimizarem a gestão dos regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular?

Parece-nos pertinente o estudo efetuado, relativo aos cuidados de enfermagem prestados num lar de idosos, com o objetivo de avaliar o seu impacto na prevenção das úlceras de pressão e aparecimento de feridas, culminando num quadro de competências específicas. A formação contínua deve ser encarada como uma filosofia a integrar, ou seja, todo o enfermeiro que acha que tem o que basta para prestar cuidados ao longo da sua vida, está condenado a viver a profissão numa dimensão redutora, onde o saber fazer impera face ao saber, saber estar e ser (Sprakes, 2010).

A importância da sensibilização, da formação dos profissionais por parte de outros profissionais da mesma área do conhecimento, mas que face à especificidade desenvolveram competências pela pesquisa, pela evidência científica nos contextos da prática, que se traduzem em ganhos em saúde para a pessoa cuidada, assim como em indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, é evidenciada no artigo nº 5. Os resultados foram positivos a todos os níveis, quer em termos da pessoa, uma vez que diminuíram as úlceras de pressão, como o aparecimento de feridas, assim como a diminuição do número de internamentos devido a complicações relacionadas com o referido

anteriormente, o que resulta em menores gastos ao nível do sistema de saúde e uma maior satisfação por parte dos enfermeiros formadores e formandos (Sprakes, 2010). A importância dos enfermeiros desenvolverem projetos de implementação de competências específicas que possam criar indicadores que traduzam resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, é uma outra competência a desenvolver, este estudo contribuiu para integrarmos a necessidade que os enfermeiros têm de implementar e cimentar a importância dos registos, tendo por base o processo de enfermagem, ou seja, quando os enfermeiros desenvolveram capacidades de avaliação e documentação dos registos das características das feridas, das úlceras de pressão, conseguiram mais facilmente compreender a necessidade da sua prevenção ao nível multidisciplinar, nunca descorando o seu foco de atenção, a pessoa (Sprakes, 2010).

Como poderão os enfermeiros gerir ou promover a gestão dos diferentes regimes terapêuticos na pessoa com problemas cardiovasculares, se não desenvolverem estas competências, procurando evidência científica sobre quais as estratégias a utilizar? Como podemos motivar, instruir, comprometer-se, negociar, tomar decisões, se não investigarmos o conhecimento produzido nesta área da prática clínica?

Desenvolver capacidades de escuta, como forma terapêutica, é uma excelente competência para a enfermagem, que traduz-se em ganhos em saúde, quer para a pessoa e famílias, como para o próprio enfermeiro (Jones; Cutcliffe; 2009). Desenvolve competência crítica no enfermeiro, capacidade de autogestão e resiliência em situações emocionais. Pode ser uma forma de ajudar uma pessoa com doença grave. O silêncio, quando utilizado com ponderação, é uma atividade importante. O Serviço Nacional para a Doença Arterial Coronária (2001) também enfatiza os fatores psicológicos que geralmente influenciam o curso de uma doença. Assim, parece haver consenso, pelo menos dentro dos documentos políticos do Reino Unido, que o atendimento psicológico é importante para ajudar pessoas com doenças graves (Jones, Cutcliffe, 2009). Esta competência da escuta como terapêutica, por vezes não é valorizado na prática, tendo como fuga o tempo, outros procedimentos, enfim. Este artigo evidencia-a como técnica terapêutica que poderá contribuir para se reconhecer esta competência como relevante para a promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos, na pessoa com doença cardiovascular.

O artigo nº 12 evidencia as experiências vividas, a influência das experiências e histórias de vida no desenvolvimento das competências profissionais face à pessoa de quem cuidamos.

Ser enfermeiro envolve mais do que a inteligência cognitiva, a inteligência emocional, numa relação estreita, em última análise a capacidade de conhecer-se a si próprio, de ser empático, de ter compaixão (Jeanne Morrison, 2008).

Estas dimensões conduzem-nos também para as questões da multidisciplinaridade, uma vez que a inteligência emocional, definida como a capacidade de monitorizar os próprios sentimentos e emoções e tomar decisões adequadas para orientar os pensamentos e ações, pode proporcionar a capacidade de lidar com conflitos interpessoais de forma construtiva.

O autocontrolo emocional parece ser benéfico para os enfermeiros desenvolverem e reforçarem competências da inteligência emocional, como uma forma de abordar as questões de conflitos que afetam atualmente a sua profissão (Jeanne Morrison, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo centra-se nas intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular. Quando definimos o caminho para a pergunta de partida, como referido na conceção desta revisão integrativa, a preocupação era compreender de que forma é que os enfermeiros promoviam a gestão dos diferentes regimes terapêuticos nas pessoas com doença cardíaca?

Na análise dos artigos compreendemos que a formulação da pergunta PI[C]O, não nos trouxe respostas. As intervenções específicas dos enfermeiros nesta área não emergiram dos estudos, mas sim as competências no âmbito geral e mais direcionadas para a gestão das equipas em determinadas dimensões do cuidado em enfermagem.

Consideramos que cumprimos um dos objetivos desta metodologia, permitir de forma fundamentada enunciar a questão de investigação. ***As intervenções de enfermagem promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doenças cardiovasculares?***

BIBLIOGRAFIA

Amendoeira, José. 2006. Enfermagem, disciplina do conhecimento, Revista Sinais Vitais. Julho.

Amy L. Ai and Lynn T. Carrigan. 2007. Social-Strata-Related Cardiovascular Health Disparity and Comorbidity in an Aging Society: Implications for Professional Care. Health & Social Work. V. 32. Nº 2 may.

Donna, D. Scott Tilley. 2008. Competency in Nursing: A Concept Analysis. The Journal of Continuing Education in Nursing · February 2008 · Vol 39, No 2

Effa-Heap, Gladys. 2009. "Blood transfusion: implications of treating a Jehovah's Witness patient". British Journal of Nursing. Vol. 18. nº 3. pp. 174-177.

Gruber, M. Hartman, . 2007. Don't overlook "comunication competence". Nursing Management. pp. 12 Henriques, Maria. 2006. Adesão ao regime terapêutico em idosos. Revisão sistemática (2004-2006). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. 50p

Jones, A. Cutcliffe, J. 2009. "Listening as a method of addressing psychological distress". Journal of Nursing Management. 17. pp. 352-358.

Sprakes, K. Tyrer, J. 2010. "Improving wound and pressure area care in a nursing home". Nursing Standard. Vol. 25. nº 10. novembro. pp. 43-49.

Ministério da Saúde. DGS. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.

Morrison, J. 2008. "The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles". Journal of Nursing Management. 16. pp. 974-983.

Nieuwenhuijsen, Els R. et al. 2006. Health behavior change models and theories: Contributions to rehabilitation. Disability and Rehabilitation. Taylor & Francis. 28(5). March. 245-256pp.

Ordem dos Enfermeiros. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2003. 24p.

Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2001. 16p.

OMS. 2003. “Adherence to long-term therapies evidence for action.” Available: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf [Data da visita: 05/31/06].

Ostermann, T. Bertram, M. Büssing, Arndt. 2010 “A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation”. BMC. Complementary and Alternative Medicine. pp. 1-10.

Silva, Mário. 2010. O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno. Formasau. Coimbra. 161pp.

Sousa, Maria. 2003. Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. RepositóriUM - Universidade do Minho.

Sportsman, Susann. Wood, M. Rhea. 2010. Competency Education and Validation in the United States: What Should Nurses Know? Nursing Forum. Jul-Set. pp 140-150.

Takahiro, H. Shekelle, P. Adams, J. Kamberg, C. Roth, C. Solomon, D. Reuben, D. Chiang, L. MacLean, C. Chang, J. Young, R. Saliba, D. Wenger, N. 2005. Quality of Care Is Associated with Survival in Vulnerable Older Patients. Improving Patient Care. American College of Physicians. Ann Intern Med. 143. pp. 274-281. ELS, R. Zemper, E. Miner, K. Epstein, M. 2005. Health behavior change models and theories: Contributions to rehabilitation. Disability and Rehabilitation. Taylor & Francis. march. 28(5). pp. 245 – 256.

WHO. The European Health Report. 2002. WHO Regional Publications. European Séries. Nº 97.

http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/index.html

http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf

HOJE, SOU JOVEM! AMANHÃ, SEREI IDOSO! DUAS FASES, MAS UMA ÚNICA PESSOA!

Maria Machado[1]

[1]Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém

RESUMO

A pesquisa foi protagonizada pelos estudantes do segundo ano do Curso de Enfermagem, no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem II - Promoção da Saúde no Jovem, no Adulto e no Idoso.

As questões colocadas foram: De que forma os estudantes percecionam a pessoa idosa na sociedade portuguesa? E como perspetivam/projetam o seu próprio envelhecimento?

O objetivo visou compreender os universos semânticos dos estudantes relativamente à representação social da pessoa idosa, no sentido de diagnosticar as necessidades e expetativas de aprendizagem.

Foi utilizada uma ficha de diagnóstico, constituída por oito questões abertas, sendo aplicada a todos os estudantes presentes em sala de aula no primeiro dia de aulas (número 43).

Os resultados revelaram:

A expressão mais vezes mencionada foi o *idoso*, mas algumas vezes foram usadas outras formas de tratamento como: *velho, sénior*, *pessoa de idade* e *pessoa da terceira idade*.

- *O idoso é o principal responsável pelo seu processo activo de saúde*, mas *a família e a Sociedade* deveriam *respeitar e valorizar muito mais a pessoa, pela sua experiência acumulada;*

A projeção sobre o seu próprio envelhecimento foi a de que gostariam de ser *alguém a quem fosse atribuído um papel ativo e participante na sociedade*.

Palavras-chave: Idoso; Promoção da Saúde; Envelhecimento ativo

ABSTRACT

The research was carried out for the students of second year of the Course of Nursing, in the scope of the Curricular Unit of Nursing II - Promotion of the Health in the Young, the Adult and the Aged one.

The placed questions had been: Of that it forms the students they percecionam the elderly in the Portuguese society? And perspectives/projects its proper aging? The objective aimed at to relatively understand the semantic universes of the students to the social representation of the elderly, in the direction to diagnosis the necessities and expectative of learning. A fiche of diagnosis was used, consisting of eight open questions, being applied to all the students' gifts in classroom in the first day of lessons (number 43). The results had disclosed: The expression more times mentioned was the aged one, but sometimes had been used other forms of treatment as: old, senior, person of age and person of third age. - The aged one is main the responsible one for its active process of health, but the family and the Society would have to respect and to value much more it person, for its accumulated experience; The projection on its proper aging was that they would like to be somebody to who was attributed an active and participant paper in the society.

Keywords: Aged; Promotion of the Health; Active aging

INTRODUÇÃO

> Nos olhos do jovem vê-se a chama, mas no olhar do velho vê-se a luz
>
> Victor Hugo
> (escritor)

O interesse e a pertinência de estudo pelas questões da Pessoa Idosa devem entender-se em torno de dois eixos centralizadores das experiências de vida do seu autor: um de índole pessoal e outro de índole profissional.

As razões de ordem pessoal devem-se, ao facto de coabitarmos na nossa infância e juventude com as avós, materna e paterna (os avôs já tinham falecido), bem como a uma certa predisposição pessoal, durante todo o nosso percurso enquanto adultos, de convivência regular com pessoas idosas.

No que concerne aos interesses e formação profissional enquanto enfermeira e professora, temos vindo a desenvolver há anos, inúmeras experiências pedagógicas relacionadas por um

lado, com o ensinar a aprender jovens estudantes de enfermagem para cuidar de pessoas idosas, e, por outro lado prestar cuidados de enfermagem dirigidos a pessoas idosas, particularmente no domicílio.

O nosso interesse e motivação por estas questões aumentaram pelo facto de que temos vindo a orientar Trabalhos de Monografia de fim de curso, Relatórios de Estágio de Cursos de Mestrado e de Pós licenciaturas de Enfermagem cujas temáticas dizem respeito às pessoas idosas e suas famílias, bem como à perspetiva do cuidar em casa.

A questão subjacente de ponto de partida e que serviu de pretexto a este estudo, ficou a dever-se também à experiência anterior de lecionação das temáticas sobre Princípios e caraterísticas da pessoa em diferentes fases etárias: o idoso participante ativo na construção de um projecto saudável**,** aos estudantes em inicio do Curso de Enfermagem no âmbito das Unidades Curriculares de Metodologias de Formação em Saúde e de Enfermagem II sobre Promoção da Saúde no Idoso, no âmbito do Ensino Teórico e Ensino Clínico.

Como objectivo pretendíamos:

Identificar os universos semânticos dos estudantes do Curso de Enfermagem relativamente à representação social da pessoa idosa, no sentido de encontrar estratégias de intervenção, que nos permitissem responder mais cabalmente às suas necessidades e expetativas de aprendizagem, tanto ao nível do Ensino Teórico como do Ensino Clínico.

A nossa intenção de identificar os universos semânticos relativos a auto perceção que os estudantes têm de si e do outro enquanto pessoa idosa, face a mitos, esteriotipos e preconceitos, baseou-se na observação da realidade e nos resultados de estudos que concluem que a maioria dos jovens têm ideias pré concebidas sobre as pessoas idosas em resultado da indiferença, do desconhecimento e ainda quando é complementada pela publicidade e poder dos *Mass Media*.

DESENVOLVIMENTO

Assim, considerámos como fundamental realizar um diagnóstico situacional a fim de percebermos quais as experiências e perspetivas dos estudantes sobre as algumas das temáticas que constituem o programa do Plano de Estudos do Curso.

Neste sentido, construímos para o efeito uma ficha diagnóstica cujos resultados nos permitiria obter a informação indispensável ao planeamento de estratégias pedagógicas e

delinear os conteúdos programáticos mais consentâneos com os conhecimentos, interesses, e vivências dos estudantes.

Deste modo, o enfoque do presente trabalho situa-se nas respostas obtidas através do preenchimento desta ficha de diagnóstico de aprendizagem, aplicada aos estudantes que frequentavam pela primeira vez o segundo ano do Curso de Enfermagem, que à data se encontravam presentes na sala de aula, no primeiro dia em que teve início a respetiva abordagem teórica.

O espaço de sala de aula pareceu-nos ser o mais adequado para o preenchimento da ficha, pelo facto de termos a possibilidade de reunião de todos os estudantes num único momento.

Como critérios e aspetos éticos definimos: que o tempo utilizado para o efeito seria de 50 minutos; a ficha seria preenchida individualmente, apenas pelos estudantes que voluntariamente o quisessem fazer, assim, qualquer que fosse na sua opção (aderir ou não) não adviria nenhum problema ou penalização por isso; seria anónima pelo que não deveria incluir qualquer elemento que permitisse a identificação do estudante; a devolução ou não da ficha após o preenchimento ficava ao seu critério.

Do total dos estudantes inscritos no segundo ano (52), estavam presentes na aula 43 estudantes, que perfaziam os critérios definidos.

A estes foi feita uma prévia apresentação dos objetivos, das razões e das estratégias a adotar. Seguindo-se a definição das regras esclarecimento de dúvidas e questões, pelo que após foi pedida verbalmente a devida autorização para a sua participação e inclusão neste trabalho, bem como para a posterior divulgação dos resultados.

Os estudantes mostraram-se muito interessados e disponibilizaram-se unanimemente a participar, não existindo qualquer desistência nem recusa.

A ficha é constituída por oito questões: sete questões abertas e por uma questão nas quais lhes era solicitado que representassem num pequeno desenho, sem grandes pretensões estéticas. As questões referiam-se a:

Quando pensa em pessoa idosa quais as palavras que lhe vem à ideia? (Apenas 10 palavras);

Qual é a opinião que tem da pessoa idosa na sociedade portuguesa? (Apenas uma ideia mais favorável e outra menos favorável)

Apresente duas opiniões sobre a frase: a pessoa idosa é um participante activo na construção da sua saúde

Qual a definição de pessoa idosa que mais defende?

Durante a infância, adolescência ou actualmente, conviveu ou convive com pessoas idosas? Que ideias lhe sugere este contacto?

Comente muito sucintamente a frase: Nos olhos do jovem vê-se a chama, mas no olhar do velho vê-se a luz.

Qual a expressão que mais lhe agradaria ser conhecido pela sociedade quando atingir uma idade mais avançada?

Faça um pequeno desenho (poderá não ser apenas uma figura humana) que lhe sugere a ideia de uma pessoa de idade avançada.

O tempo médio do preenchimento da ficha foi de 45 minutos.

Após a recolha de todo o material, procedemos à análise de toda a informação, com o recurso à técnica de análise de conteúdo; segundo Vala (1986) e Laurence Bardin (2000).

A codificação foi feita a *posteriori, o corpus* de análise foi constituído pelas oito questões da totalidade das fichas que nos foram devolvidas, (o que perfez um total de 344 respostas, que considerámos como unidades de contexto).

As palavras e ou expressões significativas foram consideradas como unidades de registo.

Como principais resultados destacamos:

- Não obtivemos diferenças significativas nas expressões mencionadas pelos estudantes o que nos sugere que as suas fontes de socialização sejam muito semelhantes;

- A maioria dos respondentes é *do sexo feminino*, o que corresponde à caraterização das turmas dos cursos de enfermagem, fenómeno verificado não apenas na nossa escola;

- A maioria dos estudantes possuía *avós vivos e conviviam de perto* com os mesmos, chegando mesmo alguns a *habitar na mesma casa e ou a partilhar o mesmo quarto*; o que de alguma forma não é a tendência de muitas famílias na atualidade. Os autores explicam estes fenómenos como sendo cada vez mais raros, encontrando-se em algumas comunidades de tipo rural e ou ditas tradicionais.

- Nenhum dos estudantes tinha avós internados em instituições residenciais, o que de certo poderá explicar algumas ideias mais positivas de encarar o fenómeno do envelhecimento.

- Apenas 10% dos estudantes referiu *não ter experiência de convívio com pessoas de idade*;

- Alguns dos estudantes *desempenhavam actividades de voluntariado junto de pessoas idosas*, em instituições da comunidade, ou no domicílio dos mesmos;

- De certa forma todos os estudantes manifestavam *solidariedade* com estas pessoas e mostraram-se muito críticos com as famílias dos idosos, atribuindo-lhe *culpa do isolamento/ solidão* a que muitas vezes eram votados;

- O *Estado* foi a entidade referida como responsável pela situação de *pobreza* das pessoas idosas em Portugal.

- A expressão mais vezes mencionada foi *o idoso*, mas algumas vezes foram usadas outras formas de tratamento como o *velho, pessoa de idade, sénior, pessoa da terceira idade*.

- O idoso foi considerado como o *principal responsável pelo seu processo ativo de saúde*, no entanto consideraram que *a família e a sociedade* deveriam *respeitar e valorizar a pessoa, pela sua experiência acumulada e não ser marginalizada ou excluída;*

- A conceptualização apresentada sobre a pessoa idosa foi bastante positiva como se pode observar pela expressão (...) *como alguém a quem é atribuído um papel activo e participante na sociedade (...)*;

Na temática - **O outro idoso –** encontrámos como categorias a **imagem social positiva do idoso e imagem social negativa**, sendo mais significativas as expressões como: *avó; mãe; amigo; lar; doçura/dóceis; pacientes; meigas; sábios/sabedoria; experiência; recordações; modelos; exemplos de vida; mimos/carinhos; tolerância; compreensão; conforto; protecção; bom porto.*

Como **imagem social negativa –** encontrámos algumas expressões que ainda persistem no imaginário da nossa sociedade, tal como se pode observar pelas expressões: *pobres/pobreza; fracos a nível físico; bengalas; carentes; solidão/isolamento; rugas; cabelos brancos; dificuldades; perdas; luto; morte; inutilidade; tristeza; saudade; sobrevivência; falta de autonomia; ausência de estímulos.*

O comentário que se pedia sobre o pensamento que apresentamos do escritor Victor Hugo representa duas categorias **Ser Jovem e Ser Idoso,** donde as asserções são muito vincadas com aspectos relacionados com as **características físicas do jovem** como exemplo: *o olhar mais brilhante, andar mais rápido, subir e descer escadas; ter energia; ser bonito; praticar exercício.*

Características psico-afectivas do jovem mais referidas foram:

Capacidade de amar; paixão; amor; sexualidade; viver o presente para o futuro; projectos; viver no limite; querer mais; desafios; aventura; ambição; desorientação; querer mudar; viver com rapidez.

As expressões apresentadas sobre a ideia **no olhar do velho vê-se a luz**, encontramos algumas expressões como: *a luz revela calma; serenidade; confiança; sabedoria; sinal de uma referência; um modelo; calma; sinal de paz; vive-se da recordação; incerteza; sentinela; atenção; passado; olhar baço pela idade.*

Em relação à forma como os estudantes mais **lhe agradariam ser conhecidos pela sociedade quando fossem idosos** encontrámos expressões como: *ser conhecido como avô; avó; pelo nome; pessoa,* mas encontrámos também algumas asserções em que os respondentes afirmavam não terem uma opinião muito formada.

No que se refere aos desenhos as figuras mais representadas sobre o que os jovens mais observavam em relação aos idosos foram: *bancos de jardins, bengalas, óculos, vasos de plantas sem folhas; mar revolto; figuras humanas corcovadas e com bengala na mão; figuras femininas com a cabeça coberta por um lenço.*

Os desenhos apresentados como a ideia de **como gostaria de ser comparado quando chegasse á situação de pessoa idosa** situaram-se em: *figuras femininas com um livro aberto rodeadas de crianças; livro aberto; mar calmo; sol com raios; flores; vasos com plantas com folhas; mão aberta; nuvens, pessoas, crianças, flores e árvores; coração; bancos do jardim com duas pessoas sentadas debaixo de uma árvore; ponto de interrogação seguido de exclamação.*

Em síntese com este estudo pudemos perceber melhor as dificuldades e as necessidades de aprendizagem dos estudantes em relação ao cuidar da pessoa idosa, no que se refere a estratégias de promoção para a saúde.

O percurso seguinte em termos pedagógicos foi o de apresentar em sala de aula os resultados obtidos e confrontar a turma com algumas das expressões e promover a partilha de experiências e de vivências sobre o relacionamento com os idosos.

Os conteúdos programáticos foram objeto de pesquisa, leitura, análise e discussão de casos por parte dos estudantes em pequenos grupos, com o recurso a seminários em sala de aula.

As temáticas desenvolveram-se em torno dos seguintes aspetos:

- Mitos, crenças, esteriotipos e atitudes relativas à pessoa idosa

- Características de Ser idoso
- Indicadores demográficos e de Saúde
- Teorias do Envelhecimento
- Promoção de Saúde - As representações Sociais: O elixir da Juventude!?
Envelhecemos como vivemos!?
- O idoso participante activo da sua saúde
- Atividades de vida
- Intervenções de Enfermagem

No final da abordagem teórica os estudantes revelaram uma maior consciencialização sobre o envelhecimento e a importância de ao longo de todo o ciclo vital se manter estilos de vida saudáveis para que se possa envelhecer ativamente com maior qualidade e felicidade.

Em termos de avaliação os resultados da frequência escrita e do estágio permitiram-nos perceber que esta estratégia se revelou como uma mais-valia promovendo ganhos de aprendizagem e de cidadania em relação à forma de se encarar o envelhecimento.

CONCLUSÃO

Do trabalho realizado e deste pequeno excerto que apresentamos podemos concluir que os estudantes possuem de uma forma global um universo semântico comum, os atributos e expressões usadas são muito semelhantes.

Os estudantes valorizam os aspectos psico-afetivos da pessoa idosa, mas também valorizam a sua autonomia e independência e a sua sobrevivência.

As representações sobre a pessoa idosa que os estudantes nos revelaram, situam-se no universo social de carga negativa em tudo idêntica à reprodução dos *Mass Media*, mas também de carga bastante positiva, talvez devido ao facto de muitos terem experiências de convívio com avós, e pessoas idosas em instituições de internamento.

Salienta-se como fator positivo o facto de alguns dos estudantes não rejeitarem o contacto com pessoas idosas, o que os leva a desempenhar atividades de voluntariado.

Os desenhos apresentados revelam uma representação mais negativa quando representam o **ser idoso hoje** e o ser jovem hoje. Quanto ao como gostaria de **ser idoso amanhã a** representação é bastante mais positiva.

Estes resultados comparativamente com outros encontrados em estudos anteriores com estudantes no mesmo estádio de aprendizagem (2000 - 2006) revelam uma representação

social sobre o envelhecimento mais positiva. A caraterização sociodemográfica dos estudantes pode explicar algumas das diferenças encontradas, relativamente a: convivência e coabitação com os seus avós serem consideradas experiências gratificantes; nenhum dos estudantes apresentava familiares internados em residências de terceira idade; alguns estudantes possuem experiência anterior de voluntariado na comunidade e a maioria dos estudantes possui conhecimento de programas de atividades desenvolvidas pelas autarquias locais destinadas às crianças, aos jovens e aos idosos.

Dos resultados deste estudo ficam-nos muitas questões que nos ajudam a reflectir mais profundamente a nossa atitude enquanto professora e enquanto cidadã.

Sem pretendermos tirar ilações que uma experiência deste tipo não nos permite, e, tendo a consciência das limitações próprias da técnica de recolha de dados e do contexto onde decorreu a sua aplicação, sugerimos que esta temática constitua fonte de investigação ao nível dos jovens, particularmente dos estudantes de enfermagem do primeiro ano onde a sua socialização secundária é ainda muito inicial.

Quanto às implicações deste estudo seria interessante replicar o mesmo a outros estudantes ao nível da Escola e de outras Escolas, utilizando complementarmente as técnicas de entrevista e de observação, no sentido de observar as práticas reais em contexto de interação.

Trata-se de uma pequena contribuição profissional com vista a uma maior reflexão sobre a Pessoa Idosa e o seu estatuto na Sociedade, numa altura onde a inversão demográfica no nosso país adquire maior importância. As projeções, as perspetivas e as consequências demográficas, a que alguns apelidam de «Catástrofe Social» têm de fazer parte da agenda política. Todavia, qualquer que seja a estratégia fundamental, a aposta terá que assentar na promoção da Pessoa Idosa sobretudo ao nível de uma maior partilha intergeracional.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, João Ferreira (1989). Identidade e orientações dos estudantes – Revista Crítica de Ciências Sociais.

Bardin, Laurence (2000). Análise de conteúdo. Lisboa: Gradiva.

Berger e Mailloux-Poirier (1995). Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.

Diogo; Rodrigues (1996). Atividade física, movimentação e transferência. In: Rodrigues e Diogo (Organizadores). *Como cuidar dos idosos*. Quarta edição. Campinas, São Paulo: Papirus (Coleção Viva Idade).

Jodelet, Denise (1989). Representations socials: un domaine en expansion, in/ Jodelet, Denise (Organizador) – Les representations socials. Paris: PUF.

Machado, Mª do Rosário Silvestre e outros (1987). 70 anos que saúde? Lisboa: Escola Pós-Básica de Lisboa.

Machado, Mª do Rosário Silvestre (1994). Percepção dos enfermeiros em saúde comunitária sobre educação para a saúde na prática clínica em Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Moscovici, Serge (1989). Des representations collectives aux representations socials, in Jodelet (Organizador) – Les representations socials. Paris: PUF.

Vala, Jorge (1986). Análise de conteúdo in: Silva, Augusto Santos; Pinto, José Madureira (Organizador) – Metodologia das ciências sociais, sétima edição. Porto: Edições Afrontamento.