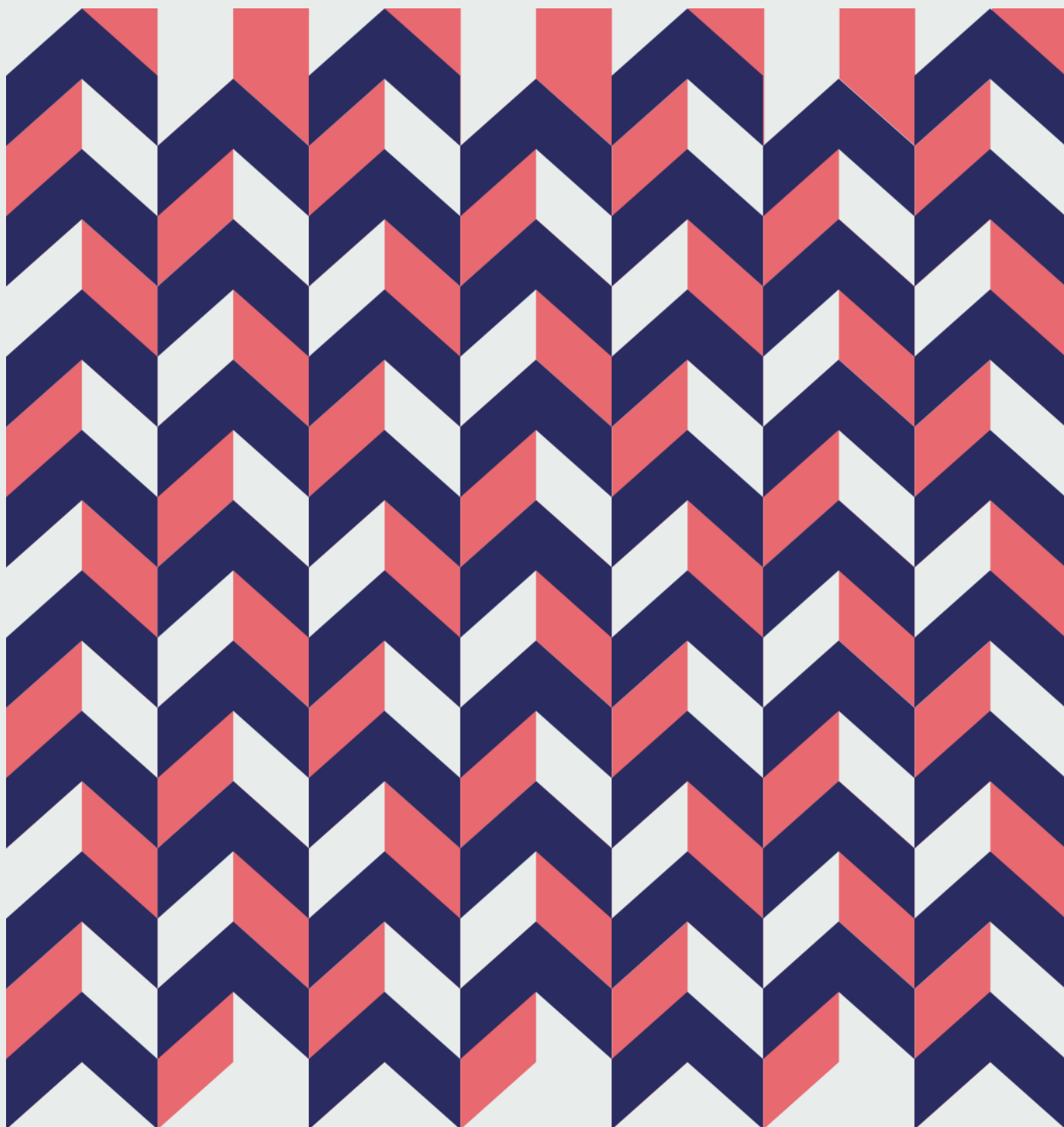




JIM

Jornal de Investigação Médica

2023

VOLUME 4 | NÚMERO 1

SEMESTRAL

ISSN (ONLINE): **2184-7509**



JIM - JORNAL DE INVESTIGAÇÃO MÉDICA



Ficha técnica

Sede Social, Editor e Redação:

Startup Madeira - Campus da Penteada

9020 - 105 Funchal, Madeira

E-mail: geral@ponteditora.org

Telefone: 291 723 010

URL: Ponteditora – Formar uma pátria de língua portuguesa tendo por base a ciência.

URL (revista): [JIM - Jornal de Investigação Médica \(ponteditora.org\)](http://JIM - Jornal de Investigação Médica (ponteditora.org))

Editores-chefes: Diego Viana Gomes (PhD) & Cristina Vaz de Almeida (PhD)

Periodicidade: Semestral (janeiro, julho)

Propriedade: Ponte Editora, Sociedade Unipessoal, Lda.

NIPC: 514 111 054

Composição do Capital da Entidade Proprietária:

10.000€, 100% detido por Ana Leite, Doutoranda.

Gestão/gerência (não remunerada): Eduardo Leite, Ph.D.

ISSN (online): 2184-7509



EQUIPA EDITORIAL

EDITORES – CHEFES

Diego Viana Gomes

Pós-Doutor pelo Instituto de Nutrição da UFRJ, PhD em Ciências e Mestre em Educação Física pela UFRJ, Especialista em Treinamento Desportivo, Coordenador e Professor do Ensino Superior.

Cristina Vaz de Almeida

PhD em Ciências da Comunicação - Literacia em Saúde (ISCSP- Portugal), Diretora da Pós-Graduação em Literacia em Saúde (ISPA), Mestre em Comunicação *em e-Learning* (Universidade de Barcelona), Pós-Graduada em Marketing (ISG) e em Psicologia Positiva (ISCSP), Licenciada em Direito (UCP - Portugal). Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde.

CONSELHO CIENTÍFICO

Amadeu Borges-Ferro  - PhD em Educação - especialidade em liderança educacional. Professor Coordenador na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal. Investigador no Le@d - Laboratório de Educação a Distância e E-Learning da Universidade Aberta, Portugal.

Ana Lúcia Marques Ramos  - PhD em Biociências – especialidade em Biologia Celular e Molecular. Professora na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal. Investigadora no Health and Technology Research Center (H&TRC).

Ana Mafalda Loureiro Fonseca  - PhD em Ciências Biomédicas (Imunologia). Professora Auxiliar na Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal.

André Filipe Ferreira Coelho  - PhD em Ciências da Vida, pela NOVA Medical School. Professor Adjunto na Escola Superior de Tecnologia da Saúde – Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal.

Carina Patrícia De Barros Freitas  - PhD em Ciências Médicas e Neurociências, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Ciências da Vida da Universidade da Madeira, Médica Assistente Graduada de Pedopsiquiatria da Carreira Especial Médica (SESARAM, EPERAM), Portugal.

Catarina Morais Seabra  - PhD em Biologia Básica e Aplicada (GABBA), Investigadora do Laboratório de Circuitos Neurais e Comportamento do Centro de Neurociência e Biologia Celular da Universidade de Coimbra, Portugal.

Cláudia Marisa Monteiro Saraiva  - PhD em Sistemas de Bioengenharia, Investigadora de Pós-Doutoramento da Universidade de Luxemburgo.

Clévio David Rodrigues Nóbrega  - PhD em Biologia Molecular e Citogenética, Professor Auxiliar da Universidade do Algarve, Portugal.

Cristina Vaz de Almeida  - PhD em Ciências da Comunicação - Literacia em Saúde (ISCSP), Diretora da Pós-Graduação em Literacia em Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Portugal.

Deisa Salyse dos Reis Cabral Semedo  - PhD em Enfermagem, Professora e Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Cabo Verde.

Diego Viana-Gomes  - Pós-Doutor pelo Instituto de Nutrição da UFRJ, Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Investigador do Laboratório de Bioquímica de Exercício e Motores Moleculares, Brasil.

Fábio Cahuê  - PhD em Ciências (Cardiologia), Professor de Educação Física, CREF, Rio de Janeiro, Brasil.

Ignácio Antônio Seixas da Silva  - PhD em Ciências do Exercício e do Esporte, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor Auxiliar na Universidade Estácio de Sá, Brasil.

Isabel Maria Abreu Rodrigues Fragoeiro  - PhD em Saúde Mental, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade da Madeira, Portugal.

Isaura Vanessa Antunes Martins  - PhD em Neurociência, Investigadora de Pós-Doutoramento do Instituto de Medicina Molecular, Portugal.

Jorge Humberto Ferreira Martins  - PhD em Voz, Comunicação e Linguagem, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Portugal.

Mafalda Maria Coelho Azevedo  - PhD em Biologia Básica e Aplicada (GABBA), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.

Marcelo de Lima Santanna  - PhD em Química Biológica, Centro de Instrução Almirante Sylvio de Camargo - Marinha do Brasil.

Marco André Manso Domingues  - PhD em Bioquímica Médica, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Portugal.

Nuno Carvalho Freire de Almeida Adubeiro  - PhD em Ciências Biomédicas, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Portugal.

Patrícia Vigário  - PhD e Pós-Doutoramento em Medicina (Endocrinologia), Investigadora no Centro Universitário Augusto Motta, Rio de Janeiro, Brasil.

Paulo Alexandre Gameiro  - PhD em Bioquímica, Investigador de Pós-Doutoramento do Centro de Esclerose Múltipla Queen Square da Universidade de Londres, Reino Unido.

Paulo Nunes Costa Filho  - PhD em Biodinâmica do Movimento Humano, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Biofísico e investigador no Laboratório de Imunofisiologia do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho - UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

Roseny Flávia Martins  - PhD em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil.

Tábata Bergonci  - PhD em Genética, Investigadora de Pós-doutoramento na Aarhus University, Dinamarca.

Tânia Marlene Gonçalves Lourenço  - PhD em Enfermagem, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Investigadora Integrada na CINTESIS, Portugal.

CONSELHO EDITORIAL

Abílio Raúl Oliveira Nogueira de Azevedo  – Doutorando em Segurança e Saúde Ocupacionais (DemSSO), Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto (FEUP), Portugal.

Bárbara Gomes Patrício  - Doutoranda em Medicina Translacional, Investigadora do Instituto de Fisiologia Clínica do Consiglio Nazionale delle Ricerche, Itália.

Maria Margarida Serra Coelho  - Doutoranda em Bioquímica, Investigadora da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P, Portugal.

Margarida Araújo-Correia  - Doutoranda Mecanismos de Doença e Medicina Regenerativa, Professora de Farmácia da Escola Josefa de Óbidos, Portugal.

Sandra Filipa Ferreira Gomes  - Doutoranda em Farmacologia Clínica e Toxicologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

ESTATUTO EDITORIAL

- I. O **JIM – Jornal de Investigação Médica**, conhecido também pela forma abreviada de **JIM**, é uma publicação periódica. Propriedade da Editora: Ponteditora.
- II. O **JIM** posiciona-se como um projeto editorial inovador e abrangente na área das boas práticas em saúde, numa perspetiva e visão biopsicossocial, humanizadora que integra o conceito alargado da saúde e do bem-estar, estimulando a divulgação de boas práticas nacionais e internacionais. Visa também a recolha e disseminação ampla de contributos promotores de reflexão, desenvolvimento, compreensão, construção, implementação e monitorização de boas práticas em saúde.
- III. A linha editorial do **JIM** centra-se nas áreas da saúde, organizada por várias temáticas, obtendo uma transversalidade, inovação e criatividade nos campos da saúde. Considerando todos os determinantes da saúde, apraz-nos acolher a investigação que entrecruze e debata de forma reflexiva as questões da saúde e das boas práticas associadas a : antropologia, artes, cultura, desporto e atividades similares, economia, empreendedorismo, estatística, filosofia, governação, linguística, novas tecnologias, políticas, psicologia positiva, psicologia da saúde, neuropsicologia, sociologia, urbanismo, entre outras matérias que se cruzem e resultem numa melhor saúde e bem-estar dos indivíduos, grupos e sociedade.
- IV. O **JIM** tem por missão poder contribuir para o desenvolvimento de trabalhos de investigação, promotores de análises e investigação com diferentes abordagens e perspetivas, em contextos, situações e objetivos centralizados nas áreas da saúde e de bem-estar do indivíduo, grupos, comunidades, organizações e sociedade.
- V. O **JIM** é editado semestralmente, online, em língua portuguesa e inglesa, sendo disseminado em todo o mundo através da Internet.
- VI. O **JIM** terá, aproximadamente, 80 a 180 páginas.

- VII.** O **JIM** destina-se a todos os profissionais das áreas da saúde, outros investigadores, estudantes das áreas abrangidas, incluindo todos os leitores das ciências da saúde, psicologia e serviço social, marketing, gestão da saúde, ciência política e social, sociologia, comunicação e marketing em saúde, entre outros explanados nos objetivos.
- VIII.** Interessam ao **JIM** todos os trabalhos de investigação com abordagens sobre vertentes mais práticas. Estimula-se o tratamento e desenvolvimento dos conceitos e temas associados a: comunicação em saúde, saúde, estilos de vida saudável, estratégias, intervenções comunitárias, ética, intervenções de proximidade, intervenções hospitalares, literacia em saúde, marketing em saúde, modelos de saúde, modelos de comunicação em saúde, organizações literadas, *patient advocacy*, políticas públicas de saúde, prevenção da doença e de riscos, projetos e intervenções de mudança de comportamento, relação terapêutica, segurança do doente entre outros temas que se enquadrem nos objetivos propostos pelo JIM.
- IX.** O **JIM** publica artigos académicos e científicos, originais e de revisão, bem como ensaios e resenhas/recensões críticas.
- X.** O **JIM** publica em língua portuguesa, assim como em inglês. Em cada artigo estão incluídos o título, resumo e palavras-chave em duas línguas.
- XI.** O **JIM** edita números regulares e números especiais, confiados a investigadores/as credenciados/as das respetivas áreas de especialidade (orientações para revisores/as), sob a escrutínio e aprovação da Equipa Editorial. Toda a colaboração é submetida a um exigente processo de seleção e revisão baseado em arbitragem científica e dois modos, cega por pares e por pares aberta.
- XII.** O **JIM** disponibiliza as Normas para apresentação e publicação de artigos e uma lista anual dos/as revisores/as que colaboram na arbitragem científica dos manuscritos, tendo uma política de revisão em que todos os artigos desta publicação científica passam por uma triagem rigorosa, com base na revisão por pares, cega dupla e aberta, assim como pelo crivo dos editores-chefes.
- XIII.** Almejando os mais elevados padrões de ética na publicação, a Equipa Editorial do **JIM** inspira o seu Código de Ética nas orientações estabelecidas pelo

Commitee on Publication Ethics (COPE, Comité de Ética em Publicações, versão de março, 2011). Nesse código definem-se as responsabilidades de todas as partes envolvidas no ato de publicação do **JIM**.

- XIV.** No âmbito do **JIM**, qualquer artigo proposto, assim como a sua abordagem metodológica, deve propor uma contribuição significativa para a partilha de boas práticas em saúde e bem-estar, indo ao encontro dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS17).
- XV.** O **JIM** assume o compromisso de assegurar o respeito pelos princípios deontológicos e pela ética profissional dos jornalistas, assim como pela boa-fé dos leitores, nos termos n.º 1 do artigo 17º da Lei de Imprensa.

ÍNDICE

001	EDITORIAL <i>EDITORIAL</i>	Cristina Almeida; Tânia Lourenço; Rita Figueiredo
005	A RELAÇÃO ENTRE A ATIVIDADE FÍSICA E A QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO DE ESTADO DA ARTE <i>THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICAL ACTIVITY AND QUALITY OF LIFE: A STATE OF ART REVIEW</i>	Valter Freitas; Élvio Gouveia; Bruna Gouveia
027	O SUPORTE BÁSICO DE VIDA NAS ESCOLAS DO 1.º CICLO LANÇANDO UMA SEMENTE, TRAÇANDO UM FUTURO: PROJETO DE INTERVENÇÃO <i>BASIC LIFE SUPPORT IN 1ST CYCLE SCHOOLS SOWING A SEED, DESIGNING A FUTURE: INTERVENTION PROJECT</i>	Nicolau Pestana; Lara Abreu; Merícia Bettencourt; Cristina Pestana; Noélia Gomes
039	A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA URGENTE/EMERGENTE NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: A PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS <i>THE PERSON UNDERGOING URGENT/EMERGENT SURGERY IN THE CONTEXT OF AN INTENSIVE CARE UNIT: THE PREVENTION OF ADVERSE EVENTS</i>	Rubina Jesus; Maria Santos; Abel Viveiros; Luís Gomes; Cláudia Gouveia; Lara Fernandes; Noélia Gomes
049	SATISFAÇÃO DO CLIENTE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA ALVO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE <i>SATISFACTION OF CLIENTS FROM THE AUTONOMOUS REGION OF MADEIRA RECEIVING REHABILITATION NURSING CARE AT THE HEALTH CENTER</i>	Sónia Freitas; Bruna Gouveia; Élvio Jesus; Merícia Bettencourt
073	ATIVAÇÃO DA VIA VERDE CORONÁRIA NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA: ESTUDO DE COORTE	

- | | | |
|------------|--|---|
| | <i>CORONARY GREENWAY ACTIVATION IN THE AUTONOMIC REGION OF MADEIRA: COHORT STUDY</i> | Silvia Ornelas; Lara Abreu; Sandra Vale; Cristina Pestana |
| 083 | ENGAGEMENT E AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
<i>ENGAGEMENT AND NURSING PRACTICE ENVIRONMENT FROM AUTONOMOUS REGION OF MADEIRA REHABILITATION NURSES</i> | João Martins; Bruna Gouveia; Élvio Jesus; Maria Jesus |
| 107 | O COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA: UM ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO
<i>THE ORGANIZATIONAL COMMITMENT OF REHABILITATION NURSES IN THE AUTONOMOUS REGION OF MADEIRA: A CHARACTERIZATION STUDY</i> | Nélio Rodrigues; Élvio Jesus; Merícia Bettencourt; Bruna Ornelas |
| 123 | OUTCOME NEUROLÓGICO: CONSTRUÇÃO DE UM GUIA DE ORIENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM STATUS NEUROLÓGICO COMPROMETIDO
<i>NEUROLOGICAL OUTCOME: CONSTRUCTION OF AN ORIENTATION GUIDE ON GOOD NURSING CARE PRACTICES FOR PEOPLE WITH COMPROMISED NEUROLOGICAL STATUS</i> | Licinia Barreto; Otília Barreto; Luísa Santos |
| 133 | ESTRATÉGIAS PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
<i>STRATEGIES FOR THE HUMANIZATION OF CHILD CARE— INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH</i> | Sara Tomás; Sofia Silva; Goreti Marques; Rita Fernandes; Olívia Barcelos |
| 143 | IDENTIFICAÇÃO E REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE RISCO — INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
<i>IDENTIFICATION AND REFERENCING OF THE CHILD AT RISK SITUATION— INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH</i> | Marisa Pastor; Goreti Marques; Sofia Silva; Rita Fernandes; Olívia Barcelos |
| 155 | INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS | Ana Couto; Sofia Silva; Rita Fernandes; Olívia |

*INTERVENTIONS OF THE SPECIALIST NURSE IN CHILD AND
PEDIATRIC HEALTH: REFERENCE OF THE CHILD IN PALLIATIVE
CARE*

Barcelos; Goreti
Marques

167

**ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLE
DA DOR CRÔNICA EM ADOLESCENTES**

*NONPHARMACOLOGICAL STRATEGIES IN THE CONTROL OF
CHRONIC PAIN IN ADOLESCENTS*

Nathana Cinglia; Carlos
Caetano; Ricardo
Cardoso; Lucia Vianna

EDITORIAL
EDITORIAL

[10.29073/jim.v4i1.763](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.763)

Cristina Almeida  — Editora-Chefe

Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde; vazdealmeidacristina@gmail.com

Tânia Lourenço  — Editora-Convidada

Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; Investigadora Integrada do CINTESIS@RISE; tmlourenco@esesjcluny.pt

Rita Figueiredo  — Editora-Convidada

Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; Investigadora Integrada do CINTESIS@RISE; rfigueiredo@esesjcluny.pt

PREÂMBULO-EDITORIAL

CIÊNCIA E CONHECIMENTO: O MUNDO PARTILHADO COM A CONSTRUÇÃO DE EVIDÊNCIAS

A academia passou a ter mais ferramentas de apoio à evidência e à decisão. As tecnologias mudam e transformam os ambientes, os processos e os resultados.

Num mundo onde as tecnologias de informação avançam a uma velocidade muitas vezes pouco controlada pelo registo cognitivo, e por isso em avanço mais rápido do que a sua assimilação em contextos específicos, como o é o ambiente de saúde, urge refletir sobre os efeitos, oportunidades e riscos das dimensões estruturantes e inovadoras deste mundo quase total digital

A oportunidade do tema, — os Mestrados em Enfermagem como Promotores de uma Prática Baseada na Evidência — leva-nos a refletir sobre a importância da investigação no contexto clínico, no processo de investigação e partilhas em várias dimensões humanas e clínicas que conduzem às melhores evidências disponíveis.

Esta edição especial, liderada por duas investigadoras, aborda um conjunto de temas ao longo do ciclo de vida, procurando dar resposta ou refletir num processo de vida e dinâmica investigação, temas que são muito atuais, como o suporte básico de vida com crianças, os riscos e a dor, a segurança nos cuidados com os eventos adversos, a via verde coronária ou os caminhos reflexivos sobre os cuidados paliativos.

A riqueza de temas transbordará certamente da taça do jornal de Investigação Médica para serem bebidos por todos os interessados estas matérias e que certamente terão mais-vias indiscutíveis com o conhecimento partilhado.

Devo, pois, parabenizar pela qualidade, sensibilidade para estas questões e o seu aprofundamento as Professoras Tânia Lourenço e Rita Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny) pelo produto que acabam de lançar e pelos caminhos bem marcados que deixam para as atuais e as próximas gerações nesta matéria.

O resultado salta à vista: mais Ciência e Conhecimento, que são, sem dúvida e para além da academia, um mundo partilhado com a construção de evidências.

Cristina Vaz de Almeida (PhD)

Editora-Chefe do JIM

Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

MESTRADOS EM ENFERMAGEM COMO PROMOTORES DE UMA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Outrora as decisões clínicas eram alicerçadas essencialmente na experiência clínica dos profissionais de saúde. A disseminação do conhecimento e intervenções inovadoras era efetuada essencialmente através de livros e eventos científicos, onde as personalidades de reconhecida competência (peritos) divulgavam o saber baseado na experiência acumulada e nas investigações realizadas nos diversos pontos do globo.

Atualmente, com o desenvolvimento das tecnologias de informação, passou a ser mais acessível aos profissionais de saúde os resultados de investigação que ajudam a selecionar as intervenções mais eficazes para resolver ou minimizar os problemas dos clientes. Passou-se a preconizar um modelo de tomada de decisão clínica alicerçado na melhor evidência disponível, juntamente com a experiência clínica do profissional, e as preferências do doente. Em suma, é esperado que os profissionais de saúde efetuem uma transição da prática baseada em opinião para a prática baseada em evidência (PBE) (Alabdullah, Alabdullah, & Kamel, 2022).

Embora a PBE seja amplamente recomendada e reconhecida como uma abordagem eficaz, a sua implementação pode ser desafiadora no contexto clínico. Existem diversas barreiras à sua implementação, nomeadamente o escasso conhecimento para avaliação de evidências, a sobrecarga de trabalho e a resistência às mudanças das práticas (Camargo et al., 2018; Schneider, Pereira, & Ferraz, 2020).

Efetivamente, a utilização da PBE requer tempo para pesquisar, analisar e aplicar as evidências relevantes. Num contexto clínico, com sobrecarga de trabalho, os profissionais de saúde têm que lidar com restrições de tempo tornando-se complexo dedicar os recursos necessários implementação deste modelo de decisão clínica. Além da falta de recursos, a falta de incentivos e uma cultura organizacional desfavorável podem também dificultar adoção da PBE (Kononowech et al., 2021).

Um outro fator que pode dificultar a aplicação da PBE é o fato de não haver evidências de alta qualidade disponíveis para dar resposta a determinadas situações clínicas, levando os profissionais a confiar sobretudo na sua experiência clínica.

É exetável que os profissionais de saúde tenham dificuldade em acompanhar a quantidade crescente de literatura científica e interpretar adequadamente os resultados, por exemplo a compreensão de análises estatísticas (Camargo et al., 2018). Efetivamente, a pesquisa, avaliação e interpretação de estudos clínicos pode ser complexa e exige competências específicas e diversificadas, nomeadamente na área digital. Implicam conhecimento, capacidades e atributos pessoais e, no contexto da saúde, são, de facto, o motor da mudança (Almeida & Gomes, 2022).

No contexto da Enfermagem, os mestrados vêm sendo excelentes oportunidades para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros relacionadas com a PBE. Efetivamente, faz parte das competências do grau de mestre, a capacidade para integrar os conhecimentos, lidar com situações complexas, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais (Decreto-Lei n.º 65/2018). Nesta perspetiva, os mestrandos são incentivados a refletir e questionar as suas práticas, realizar investigação no contexto clínico e alicerçar o seu processo de tomada de decisão clínica nas melhores evidências disponíveis. Além do mais, e de acordo com a legislação supramencionada, é também esperado dos mestres, a capacidade para e comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Nesta perspetiva, procura-se incentivar os estudantes a divulgar as suas conclusões em eventos científicos, mas também a publicá-las.

O processo de redação de um artigo científico pode ser desafiador (Grogan, 2020), especialmente para quem desenvolve a sua atividade profissional numa área assistencial, com ênfase na relação humano como é o caso dos enfermeiros. Na maior parte das situações as atividades de pesquisa e redação são realizadas fora do contexto de trabalho e, geralmente, a publicação do primeiro artigo surge em contexto académico.

Esta edição especial do Jornal de Investigação Médica, publica 12 artigos elaborados no contexto dos mestrados em enfermagem, nas áreas de reabilitação, pediatria e médico-cirúrgica, por estudantes e docentes/investigadores da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, e da sua parceira, Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Uma vez que o enfermeiro presta cuidados aos indivíduos ao longo de todo o ciclo vital, começamos pela infância com o artigo *“Projeto de Intervenção: Lançando uma Semente, Traçando um Futuro – o Suporte Básico de Vida nas Escolas do 1º Ciclo”* da autoria de Nicolau Pestana e colaboradores; seguindo-se as *“Estratégias para a Humanização dos Cuidados à criança - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”* de Sara Tomás e colaboradores; passando para a *“Referenciação da Criança em Situação de Risco - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”* elaborado por Marisa Pastor e colaboradores; e de seguida o artigo *“Referenciação em Cuidados Paliativos - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”* elaborado por Ana Couto e colaboradores.

Na fase da adolescência, foi dado ênfase às situações de doença crónica no artigo *“Estratégias não farmacológicas no controle da dor crónica em adolescentes”* de Sofia Cruz e colaboradores.

Já no adulto, as situações de emergência e intervenção rápida também captaram o interesse dos mestrados em enfermagem, tendo sido elaborados os artigos: *“Proposta de algoritmo de atuação para a prevenção de eventos adversos na pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente/ emergente”* da autoria de Rubina Dória Jesus e colaboradores e o artigo *“Via verde coronária na Região Autónoma da Madeira”* por Sílvia Ornelas e colaboradores. As competências no cuidar do adulto com situação crónica foram exploradas no artigo: *“Cuidar da pessoa com status neurológico comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados em enfermagem”* de Licínia Barreto e colaboradores.

As competências dos enfermeiros de reabilitação, o impacto da sua intervenção e a satisfação dos clientes foram explorados nos artigos *“A relação entre a atividade física e a qualidade de vida na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Reabilitação: artigo teórico”* de Válder Freitas e colaboradores; *“Níveis de comprometimento organizacional, nas componentes afetiva, calculativa e normativa, dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação”* de Nélcio Câmara Rodrigues e colaboradores; e *“Nível de satisfação dos clientes da Região Autónoma da Madeira, alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade”* de Sónia Freitas e colaboradores.

A Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, agradece o desafio lançado pela Ponte Editora para publicação dos artigos desenvolvidos pelos seus *Alumni*, e ainda, pela confiança depositada nas editoras convidadas, para gestão desta edição especial.

Tânia Lourenço e Rita Figueiredo

BIBLIOGRAFIA

Alabdullah, M. N., Alabdullah, H., & Kamel, S. (2022). Knowledge, attitude, and practice of evidence-based medicine among resident physicians in hospitals of Syria: a cross-sectional study. *BMC medical education*, 22(1), 785. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03840-7>

Almeida, C. V., & Gomes, D. V. (2022). Educação, tecnologia e saúde, o que podemos melhorar? As competências, mas não só. *Jim*, 3(2). 1–4. <https://doi.org/10.29073/jim.v3i2>

Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvao, C. M., Pereira, G. A., Andrade, R. B., & Masso, G. C. (2018). Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm*, 71(4), 2030–2038. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>

Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros (2018). Diário da República: 1.ª série, n.º 157. <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>

Grogan, K. E. (2020). Writing Science: What Makes Scientific Writing Hard and How to Make It Easier. *The Bulletin of the Ecological Society of America*, 102(1). <https://doi.org/10.1002/bes2.1800>

Kononowech, J., Hagedorn, H., Hall, C., Helfrich, C. D., Lambert-Kerzner, A. C., Miller, S. C., Damschroder, L. (2021). Mapping the organizational readiness to change assessment to the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci Commun*, 2(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00121-0>

Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2020). Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300232>

A RELAÇÃO ENTRE A ATIVIDADE FÍSICA E A QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO DE ESTADO DA ARTE

THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICAL ACTIVITY AND QUALITY OF LIFE: A STATE OF ART REVIEW

[10.29073/jim.v4i1.728](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.728)

Receção: 02/05/2023 Aprovação: 29/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Válter Freitas ^a; Élvio Gouveia ^b; Bruna Gouveia ^c;

^a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; valterfreitas.eeer@gmail.com; ^b Universidade da Madeira; erubiog@staff.uma.pt; ^c Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; bgouveia@esesjcluny.pt;

RESUMO

O incumprimento das recomendações gerais para atividade física acarreta um grande impacto na qualidade de vida. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, estão sujeitos às vulnerabilidades dos clientes, carga emocional e física, e podem ser, mais facilmente, influenciados pelas frustrações e desejos face à sua condição de saúde.

Este artigo teve como objetivos descrever as relações entre o nível de atividade física e qualidade de vida entre os grupos etários e profissionais, tido que do nosso conhecimento não existem estudos que explorem a relação entre estas variáveis neste grupo de profissionais.

Foi realizada uma revisão de literatura através de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrónicas EBSCO HOST, PubMed, e SciELO, que contemplavam a relação entre as variáveis em estudo, no período de pesquisa, compreendido entre 1 de abril e 26 de julho de 2019. Foram identificados e incluídos 16 artigos na análise qualitativa.

Nos estudos analisados, os fisicamente ativos estavam associados a níveis superiores de qualidade de vida.

Palavras-Chave: Atividade Física; Qualidade de Vida; Saúde; Stress Profissional.

ABSTRACT

Failure to comply with general recommendations for physical activity has a major impact on quality of life. Rehabilitation Nursing Specialists are subject to clients' vulnerabilities, emotional and physical burden, and can be more easily influenced by frustrations and desires in the face of their health condition.

This article aimed to describe the relationships between the level of physical activity and quality of life between age groups and professionals, given that, to our knowledge, there are no studies that explore the relationship between these variables in this group of professionals.

A literature review was carried out through a bibliographic search in the electronic databases EBSCO HOST, PubMed, and SciELO, which contemplated the relationship between the variables under study, in articles in the period research, between April 1 and July 26, 2019. 16 articles were included in the qualitative analysis.

In the analyzed studies, the physically active were associated with higher levels of quality of life.

Keywords: Physical Activity, Quality of Life, Health, Professional Stress.

1. INTRODUÇÃO

O incumprimento das recomendações gerais para atividade física é, atualmente, uma das principais preocupações dos organismos com responsabilidade na saúde pública. Existe um extenso corpo de conhecimento que comprova as inúmeras consequências para a saúde relacionada com a inatividade física, entre as quais o aumento da prevalência de doenças

não transmissíveis, sendo as mais estudadas as doenças cardiovasculares, a diabetes, o cancro, e os seus fatores de risco (World Health Organization [WHO], 2020).

Embora sejam conhecidos os efeitos negativos da falta de atividade física na saúde das pessoas, à luz do nosso conhecimento, não existem estudos que abordem a

associação entre a atividade física e a qualidade de vida dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Neste sentido, surgem as questões deste trabalho, nomeadamente: (1) Existem estudos que abordem o nível de atividade física e qualidade de vida nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação? (2) Os níveis de qualidade de vida nos profissionais e nos grupos etários com maiores níveis de atividade física são mais elevados, comparativamente àqueles com níveis mais baixos de atividade física?

De modo a responder a estas questões, o presente artigo tem como objetivo, identificar a relação entre a atividade física com a qualidade de vida.

O Programa Nacional de Saúde Ocupacional, Extensão 2018–2020 (Direção-Geral da Saúde, 2018), estabelece cinco objetivos estratégicos: (1) promover a vigilância da saúde dos trabalhadores; (2) fomentar a organização e qualidade dos Serviços de Saúde Ocupacional; (3) reforçar o desempenho dos profissionais de Saúde Ocupacional; (4) impulsionar a promoção da saúde no local de trabalho; e (5) robustecer a gestão do conhecimento em Saúde Ocupacional. Este último está articulado com o Plano Nacional de Saúde, Extensão 2020 (Direção-Geral da Saúde 2015), o qual, no eixo estratégico referente às políticas saudáveis, tem previsto a ação dos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho na promoção e proteção da saúde e a prevenção da doença.

À luz do nosso conhecimento, não existem estudos que tenham abordado as associações entre os níveis de atividade física e a perceção da qualidade de vida, em particular no grupo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Estes profissionais para além das competências de enfermeiro de cuidados gerais, apresentam competências acrescidas inerentes à sua área de especialidade, as quais visam melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação das pessoas, e preservação da sua autoestima. Estas competências fazem com que, pelo seu vasto conhecimento, estes enfermeiros desempenhem funções fulcrais no

processo de capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Por outro lado, o processo de reabilitação é muitas vezes exigente, quer do ponto de vista físico quer mental, pelo que pode ser relevante a avaliação da qualidade de vida nos grupos de clientes crónicos e respetivos familiares, bem como, nos profissionais que desenvolvem este trabalho.

1.1. ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pela contração dos músculos esqueléticos que implica gasto energético acima do nível basal, e inclui todas as atividades da vida diária, como aquelas realizadas no trabalho, desporto, tarefas domésticas ou de lazer (Caspersen et al., 1985).

Existem inúmeros conceitos associados à atividade física, desde atividades aeróbicas, anaeróbicas, atividades de fortalecimento muscular, fortalecimento ósseo, treino de equilíbrio, treino de flexibilidade e o yoga, tai chi e chi kung. Estas atividades produzem efeitos diferenciados nos diversos sistemas. A atividade física aeróbica inclui formas de atividade que são intensas e realizadas por tempo suficiente para manter ou melhorar a aptidão cardiorrespiratória de um indivíduo. Atividades tais como caminhar, basquetebol, futebol ou dança exigem por norma grandes grupos musculares. É um tipo de atividade que usa apenas a via metabólica com recurso ao oxigénio, podendo ser continuada por mais de alguns minutos. Por outro lado, temos a atividade física anaeróbica, a qual contrariamente corresponde às atividades de alta intensidade que excede a capacidade do sistema cardiovascular em fornecer oxigénio às células musculares pelas vias recorrentes de consumo de oxigénio. Esta atividade pode ser mantida por apenas dois a três minutos, sendo exemplos, o levantamento de pesos e as corridas de curtas distâncias (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2018).

Deste modo, a atividade física ocorre ao longo do dia com uma variedade de finalidades e de

diferentes formas, sendo que todos os adultos devem evitar a inatividade por longos períodos, na medida em que realizar alguma atividade física é sempre mais benéfico do que não realizar nenhuma (Santos et al., 2010). Assim, atividade física que não a de lazer, como atividades relacionadas com transporte, ir de bicicleta para o trabalho são reconhecidas como opções de promoção da atividade física (USDHHS, 2018).

O aumento dos níveis de atividade física é uma das mudanças no estilo de vida que acarreta grandes benefícios para a saúde das pessoas. A prática regular é importante para a prevenção de doenças não transmissíveis, e promove benefícios físicos e psicológicos aos indivíduos de diferentes grupos etários (Pucci et al., 2012; Vagetti et al., 2014). Deste modo, a prática de atividade física não só contribui para a prevenção de doenças crônicas, como também tem sido associada a uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde física e mental (USDHHS, 2018).

Os benefícios da atividade física regular, segundo Puciato e Rorysiuk (2018), têm sido bem documentados, incluem a melhoria da aptidão física, a redução do risco e prevalência de doenças tais como a atrofia muscular, sarcopenia, osteoporose, diabetes tipo II, obesidade, hipertensão arterial, doença coronária, e alguns tipos de cancro. Para além destas doenças, os estudos constataram efeitos positivos da atividade física sobre a saúde mental, tais como alívio dos níveis de stress, da autoestima, melhoria do sono, e ainda redução dos níveis de ansiedade e depressão.

De acordo com Ding et al. (2016) a atividade física contribui para a diminuição do risco de desenvolver patologias, 4% para as doenças coronárias, 4,5% para as doenças cerebrovasculares, 4,9% para a diabetes tipo II, 7,1% o cancro da mama, 7,0% o cancro retal, e 6,4% a mortalidade em geral.

Por sua vez, Sluik et al. (2012) refere que atividade física de intensidade moderada a vigorosa é altamente recomendada para prevenir a diabetes tipo II, alguns tipos de cancro, e para melhorar a qualidade de vida.

Da mesma forma, Jun et al. (2019) menciona que atividade física com a intensidade já referida, é recomendada para prevenir doenças cardiovasculares. A esperança de vida pode aumentar, com a realização de atividade física regular, ou seja, 20–25 minutos por dia de atividade física moderada (Arem, et al., 2015), sendo que a atividade física apresenta uma relação dose-resposta com todas as causas de mortalidade e doenças cardiovasculares (Haskell et al., 2007; Makar & Siabrenko, 2018). Além disso, a atividade física ajuda a combater a depressão (Blake et al., 2009), transtornos de ansiedade, e outras disfunções do humor (Ho et al., 2020). Esta ao longo do ciclo de vida é também fundamental, atuando preventivamente na prevenção das doenças neurodegenerativas, particularmente no Alzheimer (Li et al., 2016).

1.2. QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida, segundo Santos et al. (2009), e Vilar e Salgadinho (2009), é um termo de difícil operacionalização na medida em que é constituída por múltiplas variáveis que compõem o seu significado. É multidimensional, pois inclui componentes objetivas, como a satisfação das necessidades básicas e a funcionalidade, e componentes subjetivas, tais como, o bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal.

Pela sua dimensão e subjetividade é um conceito dinâmico, o qual se altera com o tempo e as situações vivenciadas, representando-se sobretudo pela percepção individual relativamente à sua posição de vida, tendo em conta a fatores culturais, particularidades do meio ambiente biológico e social (Santos et al., 2009).

De acordo com o World Health Organization Quality of Life (WHOQoL, 1995), o conceito de qualidade de vida tem reconhecido duas componentes, sendo uma objetiva ou social que contempla fatores económicos, políticos e ambientais (saúde em geral, nível funcional e socioeconómico) e outra subjetiva ou psicológica que reflete o julgamento pessoal, autoestima, satisfação com a vida e bem-estar.

De acordo com a Carta de Ottawa (WHO,1986) a qualidade de vida deve ser

considerada um indicador para a promoção da saúde e bem-estar das populações. Nesta linha de pensamento, os enfermeiros em geral, e os de reabilitação em particular, dedicam-se a prestar o bem-estar às pessoas em situações vulneráveis pelo que devem ser alvo também de uma avaliação da sua qualidade de vida.

2. METODOLOGIA

Com foco nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, realizou-se uma revisão de literatura através de uma análise de artigos publicados em revistas indexadas nas bases de dados eletrónicas, EBSCO HOST, PubMed, e SciELO, que contemplavam a relação entre o nível de atividade física e a qualidade de vida, em artigos publicados no período de pesquisa compreendido, entre 1 de abril e 26 de julho de 2019. Os descritores utilizados na pesquisa foram: Atividade física, Qualidade de vida, SF-36, Questionário Habitual da Atividade Física, Saúde, Adultos, Idosos, Sedentário, Saúde Fisiológica, e Stress Profissional.

Considerando a limitação da evidência sobre as variáveis em análise nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, foram incluídos todos os estudos que se reportassem à relação entre o nível de atividade física e a qualidade de vida, em diferentes grupos etários e profissionais. Uma análise qualitativa dos resultados da pesquisa foi efetuada.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No contexto da pesquisa efetuada, foram identificados como relevantes e incluídos nesta análise 16 estudos.

O quadro 1 apresenta resumidamente os artigos revistos que aludem à temática em estudo, constando aspetos tais como os autores, ano de publicação, país de realização, tipo de estudo, número da amostra, sexo e idade, instrumentos utilizados na avaliação das variáveis, e os principais resultados.

Da análise dos estudos descritos no quadro 1, seis são da população adulta ativa, oito em idosos, um em grávidas, um em estudantes da área da saúde, e dois em enfermeiros (já incluídos na população ativa). Na população

ativa, as profissões estudadas foram professores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos. É de referir que não se identificaram estudos que abordem unicamente os enfermeiros. Os estudos identificados que se reportam aos enfermeiros incluem outros profissionais, como são exemplos os artigos de Netto et al. (2012) e Krzepota et al. (2018).

Nos estudos de Puciato et al. (2018), Freire et al. (2015), Neto et al. (2013), Xiao et al. (2019), Shibata et al. (2007) e Van den Berg et al. (2008), referentes à população adulta ativa, os resultados indicam que os praticantes de atividade física apresentam melhores scores de qualidade de vida, comparativamente aos que não a praticam, existindo uma correlação positiva entre estas duas variáveis. Apenas Freire et al. (2015) e Van den Berg et al. (2008) indicam que existe uma associação neutra. No estudo de Freire et al. (2015), sugere-se que existe uma melhor qualidade de vida nos praticantes de atividade física, na medida em que apresentam menor jornada de trabalho e mais tempo livre para realizar atividade física. Por sua vez, no estudo 13 (Quadro 1), de Van den Berg et al. (2008), foi apenas verificada uma correlação positiva entre a atividade física e qualidade de vida nos adultos que praticavam atividade física vigorosa, não havendo associação para os que cumpriam as recomendações para a atividade física moderada.

Já nos idosos, Barbosa et al. (2015), Silva et al. (2012); Mummery et al. (2004), Acree et al. (2006), Yasunaga et al. (2006), Toscano e Oliveira (2009), Silva et al. (2010) e Lawton et al. (2009) indicam que os praticantes de atividade física apresentaram melhor qualidade de vida.

Em grávidas, Krzepota et al. (2018), concluíram que existe uma correlação positiva, no grupo de mulheres no segundo trimestre da gravidez, entre o nível de atividade física com a qualidade de vida. Os investigadores sugerem o desenvolvimento de exercício pré-natal e promoção de programas de atividade física durante a gravidez.

No estudo de Netto et al. (2012), referente à população de estudantes da área da saúde, os resultados foram semelhantes à maioria dos restantes estudos, designadamente, os estudantes com índices superiores de atividade física apresentaram maiores níveis de qualidade de vida.

Por fim, os estudos de Freire et al. (2015) e Neto et al. (2013), realizados a profissionais que trabalham em unidades de cuidados intensivos, os resultados indicaram que os enfermeiros apresentam uma associação entre o nível de atividade física e qualidade de vida. No entanto, neste primeiro os resultados podem estar relacionados com o fato deste grupo de profissionais apresentarem uma menor jornada de trabalho, e mais tempo livre do que os demais.

Após a revisão de literatura e análise qualitativa dos resultados dos estudos enumerados do quadro 1, constata-se que a literatura é consistente identificando a atividade física como um fator que contribui para o bem-estar físico e psicológico dos adultos e idosos, o qual interfere em vários domínios da qualidade de vida. Se a associação entre a atividade física e a qualidade de vida é verificada de forma consistente nos vários estudos analisados, os mecanismos inerentes a este processo são sumariamente abordados, sugerindo a necessidade de investigação adicional, que responda a esta questão, designadamente num paradigma de métodos mistos.

A atividade física contribui para a redução e prevenção de diversas doenças, tais como físicas e mentais, no alívio do stress, ansiedade e depressão, na autoestima e na melhoria do sono (Puciato & Rorysiuk, 2018), e desta forma poderá estar a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas,

assim como para a redução das limitações temporárias da sua atividade profissional.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, sendo um dos profissionais dotado de conhecimento e técnica, está ligado ao processo de capacitação e reabilitação das pessoas com ações ao nível neurológico, cardiorrespiratório e ortotraumatológico. Por esta razão, lidam com o sofrimento e frustração dos seus clientes e das suas famílias, pelo que também estão sujeitos a stress. Segundo Xiao, Wang, Zhang e Ren (2019), pode ocorrer esgotamento e doenças físicas e psicológicas no trabalho. Neste sentido, a qualidade de vida dos enfermeiros pode se refletir no seu desempenho, e consequentemente na qualidade dos serviços prestados (Ferreira & Anes, 2016).

Assim, os resultados deste artigo, pela análise da evidência científica existente sobre as questões de partida, confirmam que existe uma associação positiva entre um maior nível de atividade física com o aumento da qualidade de vida. Da mesma forma, parece não haver estudos a suportar a associação entre estas variáveis na população de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, e mais especificamente na Região Autónoma da Madeira. Este estudo contribui, contudo, para um alargamento do conhecimento sobre esta temática, sendo possível a sua transferência e aplicabilidade a este grupo específico de profissionais. Esta informação poderá ser uma mais-valia para as entidades empregadoras, constituindo fundamentação para o desenvolvimento de estratégias de promoção da atividade física e saúde, que poderão resultar em melhorias na prestação dos cuidados de saúde à população.

Quadro 1 – Associação entre Atividade Física e Qualidade de Vida nos estudos incluídos na revisão de literatura

Ref/Autores /Ano/ País	Tipo de estudo, Delineamento	n	Sexo, Idade	Instrumentos	Principais resultados
(1) Puciato, D., Rozpara, M, & Borysiuk, Z. (2018) Polónia.	Quantitativo, Transversal	446 0	M* e F** 18–64.	International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF). World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)	Os resultados do estudo revelaram correlações positivas entre qualidade de vida e condição física e níveis de atividade em pessoas em idade ativa. O número de entrevistados, divididos em grupos de acordo com os seus níveis de atividade física diferiram significativamente e ($p^{***} < 0,001$) entre homens e mulheres. Observaram-se diferenças estatisticamente significantes entre os índices médios de QoL em homens de grupos de diferentes níveis de AF ($H = 18.9$, $p^{***} < 0,001$).
(2) Freire, C.; Dias, R.; Schwinge, P.; França, E.; Andrade, F.; Costa, E, & Junior, M. (2015) Brasil	Quantitativo, Transversal.	59	M* e F** 28–33 Anos	Questionário internacional de atividade física (IPAQ). Medical Outcomes	Foram considerados ativos 50,85% de 59 profissionais, sendo os técnicos de enfermagem considerados os mais ativos (60,6%). A qualidade de vida

Study 36 (SF-36). dos profissionais ativos foi mais elevada quando comparados aos inativos, com diferenças estatísticas para os domínios limitação por aspetos físicos, aspeto social e saúde mental. Não foi verificada diferença estatística entre as profissões nos requisitos referentes aos oito domínios estudados do questionário SF-36. Os indivíduos considerados ativos apresentaram menor jornada de trabalho ($p^{***} = 0,04$) e maiores pontuações em todos os domínios do SF-36, com diferença estatística nos domínios limitação por aspetos físicos ($p^{***} = 0,01$), aspeto social ($p^{***} = 0,03$) e saúde mental ($p^{***} = 0,02$), quando comparados aos inativos.

(3)	Neto, A.; Araújo, R.; Pitangui, A.; Menezes, L.; França, E.;	Quantitativo, transversal.	340	M* e F** 30–36	International Physical Activity Questionnaire. Medical Outco-	Os profissionais classificados como ativos apresentaram maiores scores
-----	--	-------------------------------	-----	-------------------	--	--

Costa, E.;
Andrade, F, &
Junior, M.
(2013).
Brasil.

mes Study 36
(SF-36).

de qualidade de vida, nos domínios capacidade funcional, vitalidade e saúde mental. Os resultados sobre o nível de atividade física dos profissionais avaliados revelaram que os médicos e enfermeiros foram os profissionais que apresentaram menor proporção de sujeitos ativos, apresentando inclusive valores inferiores a média nacional. Os indivíduos considerados ativos apresentaram maiores scores nos domínios capacidade funcional ($p^{***}=0,01$), vitalidade ($p^{***}=0,01$) e saúde mental ($p=0,01$), quando comparados aos inativos. Os scores de qualidade de vida diferiram entre os profissionais de saúde classificados como ativos e inativos, sendo verificado melhores níveis de qualidade de vida nos indivíduos

					fisicamente ativos.
(4) Netto, R.; Silva, C, Costa, D. & Raposo, D. (2012). Brasil	Quantitativo, Transversal.	352	M* e F** Média de idade de 21,6	IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física). WHOQOL-bref.	A maioria da amostra foi classificada como ativa, sendo as mulheres as que apresentaram maiores níveis de atividade física. Estas, executadas com maior frequência e intensidade, estiveram relacionadas com melhores scores na qualidade de vida nos domínios físico e psicológico. Porém, apenas entre as estudantes o aumento do peso corporal resultou na diminuição nos scores de qualidade de vida geral e do domínio aspeto psicológico. Os estudantes do género feminino (6,2%) e do género masculino (3,6%) avaliaram sua qualidade de vida como má, e muito má. Das estudantes, 11,4% reportaram que se encontravam insatisfeitas com a sua saúde, e 6,4% dos estudantes do género masculino

					também o referiram.
(5) Krzepota, J.; Sadowska, D, & Biernat, E. (2018). Polónia	Quantitativo, Transversal.	346	F** Média de idade de 30.4	Pregnancy Physical Activity Questionnaire —Polish version (PPAQ-PL). World Health Organization Quality of Life Questionnaire —short form (WHOQoL- Bref).	Houve correlação significativa no grupo de mulheres no segundo trimestre de gravidez entre qualidade de vida no domínio físico da saúde e a intensidade e o tipo de atividade física. As mulheres que avaliaram a sua qualidade de vida mais alta neste domínio declararam maior gasto energético associado a atividade vigorosa, bem como com atividade ocupacional e exercício. Nas mulheres do terceiro trimestre, maior exercício coincidiu com avaliações mais altas da qualidade de vida geral e saúde geral. No caso do domínio psicológico e relação social, correlações positivas ocorreram quando relacionadas à atividade vigorosa. As mulheres que avaliaram a sua qualidade de vida

mais alta neste domínio declararam um maior gasto energético associado a atividade vigorosa ($r = 0,159$, $p^{***} \leq 0,05$), bem como com atividade ocupacional ($r = 0,166$; $p^{***} \leq 0,05$) e atividade física ($r = 0,187$; $p^{***} \leq 0,05$). Nas mulheres do terceiro trimestre, maior gasto energético relacionado à atividade desporto / exercício coincidiu com avaliações mais altas da qualidade de vida geral ($r = 0,149$, $p^{***} \leq 0,05$) e saúde geral ($r = 0,170$, $p^{***} < 0,05$). No caso do domínio psicológico ($r = 0,161$, $p^{***} \leq 0,05$) e relação social ($r = 0,188$; $p^{***} \leq 0,05$) da qualidade de vida, correlações positivas ocorreram com o gasto energético relacionadas à atividade vigorosa.

Por outro lado, a alta avaliação do domínio da saúde

					física coincidiu com maiores gastos energéticos relacionados à atividade (r = 0,174; p*** ≤ 0,05).
(6) Barbosa, A.; Teixeira, T.; Orlandi, B.; Oliveira, N, & Concone, M. (2015). Brasil.	Quantitativo, Transversal.	40	M* e F** ≥ 60 Anos	WHOQOL BREF. IPAQ	Não foram encontradas diferenças para qualidade de vida ou nível de atividade física entre idosos residentes no espaço rural e urbano. No grupo de idosos do espaço rural foi encontrada correlação positiva, significativa, entre o nível de atividade física e os domínios físico, psicológico e total da qualidade de vida. Entre os idosos regularmente ativos, aqueles residentes em espaço rural apresentaram maior score no domínio físico da qualidade de vida.
(7) Silva, M.; Goulart, N.; Lanferdini, F, & Dias, M. (2012). Brasil.	Quantitativo, Transversal.	50	M* e F** Média de idade de 70,24	Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).	Os resultados mostram que idosos praticantes de atividade física possuem melhor qualidade de vida. Os idosos praticantes de

							Perfil de Saúde de Nottingham (PSN). atividade física apresentam ainda maior disposição e possuem melhor desempenho na execução de suas tarefas, o que proporciona maior incentivo para a procura de mais atividades, tornando-os assim muito ativos. Em relação ao PSN, o grupo 1 apresentou reduzida qualidade de vida, comparado ao grupo 2. Já para o IPAQ, somente o grupo 1 apresentou diferença significativa ($p^{***}=0,00$) em relação ao grupo 2. Além disso, para o grupo 1, 50% do nível de atividade física foram associados à qualidade de vida, enquanto o grupo 2 apresentou 64%.
(8)	Xiao, Y.; Wang, H.; Zhang, T, & Ren, X. (2019). República Popular da China.	Quantitativo, Transversal.	238	M* e F** Média de idade de 51,6	Stress Scale (PSS-10). International Physical Activity IPAQ (IPAQ-SF). Quality of Life Scale-Brief	Scale	A atividade física apresentou uma relação positiva com a qualidade de vida, sendo que os resultados indicaram que os participantes com níveis de atividade física regulares elevados, reportaram

					(WHOQOL-100).	melhores níveis de qualidade de vida.
(9) Mummery, K.; Schofield, G, & Caperchione, C. (2004). Austrália	Quantitativo, Transversal.	337	M* e F** 55 a 89	AR (Active Australia Questionnaire). SF-12.		Os grupos moderadamente ativos e ativos apresentaram scores de qualidade de vida significativamente e mais elevados nos componentes físico e mental quando comparados aos inativos. Resultados da ANOVA analisando as diferenças de mentalidade do estado de saúde entre as classificações das atividades, não revelou efeitos significativos para a classificação da atividade (F (2.312) = 2,28, p***= 0,10) ou sexo (F (1.312) = 1,52, p***= 0,22) ou atividade significativa por interação de género (F (2.312) = 1,40, p***= 0,24).
(10) Acree, L.; Longfors, J.; Fjeldstad, A.; Fjeldstad, C.; Schank, B.; Nickel, K.; Montgomery, P,	Quantitativo, Transversal.	112	M* e F** 60 a 89	AR (Johnson Space Center Physical Activity Scale). SF-36.		O grupo com níveis elevados de atividade física apresentou maior score de qualidade de vida nos domínios vitalidade (p***< 0,01) e dor

& Gardner, A.
(2006).

Estados Unidos
da América
(EUA).

corporal (p***<
0,01).

(11) Yasunaga, A.; Togo, F.;
Watanabe, E.;
Park, H.;
Shephard, R., &
Aoyagi, Y.
(2006).

Japão.

Quantitativo,
Transversal.

181

M* e F**
65 a 85

OB
(Acelerometria).
SF – 36.

Quanto maior o
nível de atividade
física, maiores os
scores de
qualidade de vida
geral, tanto para
homens (p***<
0,01) quanto para
mulheres (p***<
0,001). Mulheres
mais ativas
apresentaram
maiores scores
de qualidade de
vida nos
domínios função
física (p***<
0,001), função
social (p***=
0,004) e dor
corporal (p***=
0,002).

Os homens mais
ativos
apresentaram
maiores scores
nos domínios
emocional (p***=
0,006), vitalidade
(p***< 0,08) e
função física
(p***= 0,020).

(12) Shibata, A.;
Oka, K.;
Nakamura, Y, &
Muraoka, I.
(2007).

Japão.

Quantitativo,
Transversal.

121
1

M* e F**
20 a 59.

AR
(International
Physical Activity
Questionnaire).
SF-36.

Indivíduos ativos
apresentaram
scores de
qualidade de vida
significativamente
e mais elevados
nos domínios
função física e
vitalidade (p***<
0,001), quando
comparados aos
inativos e

insuficientemente ativos.

Indivíduos inativos apresentaram scores de qualidade de vida significativamente e inferiores para os domínios função física e vitalidade quando comparados aos insuficientemente ativos ($p^{***} < 0,05$). As associações foram significativas quando ajustadas para idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconómico ($p^{***} < 0,05$).

(13) Van den Berg, T.; Alavinia, S.; Bredt, F.; Lindeboom, L.; Elders, L. & Burdorf, A. (2008). Holanda	Quantitativo, Transversal.	114 1	M* e F** 18–63.	AR (Stanford Wellness Inventory). SF-12.	Indivíduos que atingiram as recomendações de atividade física vigorosa apresentaram maior score de qualidade de vida na componente mental e física. Não houve associação da qualidade de vida com o cumprimento das recomendações para atividade física moderada, após ajustes para idade, sexo, fatores psicossociais do trabalho, estilo de vida, índice de
---	----------------------------	----------	--------------------	--	---

						massa corporal e consumo de oxigénio.
(14) Toscano, J.; Oliveira, A. (2009). Brasil.	Quantitativo, Transversal.	283	F** >60	AR (International Physical Activity Questionnaire —IPAQ). SF-36.	Idosas mais ativas apresentaram scores mais elevados de qualidade de vida nos domínios função física, papel físico, estado geral de saúde, dor corporal, função social, papel emocional e saúde mental (p***< 0,001).	
(15) Silva, R.; Silva, I.; Silva, R.; Souza, L. & Tomasi, E. (2010). Brasil.	Quantitativo, Transversal.	863	M* e F** Não identificad o idade.	AR (Questionário de Atividades Físicas Habituais). WHOQOL-BREF	Indivíduos ativos apresentaram scores significativamente e mais elevados nos domínios físico, psicológico e meio ambiente (p***< 0,001).	
(16) Lawton, B.; Rose, S.; Elley, C.; Dowell, A.; Fenton, A. & Moyes, S. (2009). Nova Zelândia.	Experimental Controlado e randomizado.	108 9	F** 40–74.	AR (International Physical Activity Questionnaire —IPAQ). SF-36.	Os scores dos domínios função física (p***= 0,03) e saúde mental (p***< 0,05) da qualidade de vida aumentaram entre 12 e 24 meses no grupo de intervenção, porém o papel físico diminuiu (p***< 0,01). O grupo de intervenção melhorou em mais domínios da qualidade de vida que o grupo de controle.	

*M – Masculino; **F – Feminino; ***p – Nível de Significância

4. CONCLUSÃO

Sendo a atividade física fulcral para a promoção do bem-estar não só físico, como mental, importava atender à sua associação com a qualidade de vida dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Esta revisão de literatura permitiu verificar a consistência da evidência no que respeita ao papel da atividade física na promoção da saúde das pessoas, sendo que a sua prática regular traz inúmeros benefícios para quem a pratica.

Não se identificaram estudos que abordassem a relação entre o nível de atividade física e a qualidade de vida dos Enfermeiros isoladamente, nem mais especificamente nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Todavia, analisados os 16 estudos que se reportavam à relação entre o nível de atividade física e a qualidade de vida, em diferentes grupos etários e profissionais, foi possível constatar que melhores níveis de qualidade de vida nos vários grupos etários e profissionais estão associados a mais elevados níveis de atividade física, comparativamente aos com níveis mais baixos de atividade física.

Por analogia das amostras estudadas, a evidência sugere que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, ao praticarem regularmente atividade física, verão associadas melhorias da sua saúde e qualidade de vida. Isto poderá ser importante para que se sintam bem a nível pessoal, assim como, nos vários contextos onde estão inseridos, desde o contexto familiar, laboral e organizacional. Hipotetiza-se ainda que os enfermeiros, ao se sentirem bem, poderão ter uma intervenção mais positiva, respondendo melhor às expectativas dos seus clientes.

Enquanto a associação entre a atividade física e a qualidade de vida é verificada de forma consistente nos vários estudos analisados, os mecanismos inerentes a esta relação e as hipóteses acima formuladas exigem a realização de investigação adicional, que se sugere num paradigma de métodos mistos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acree, L. S., Longfors, J., Fjeldstad, A. S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., Montgomery, P. S., & Gardner, A. W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of life outcomes*, 4(37), 1–6. <https://www.doi.org/10.1186/1477-7525-4-37>
- Barbosa, A., Teixeira, T., Orlandi, B., Oliveira, N., & Concone, M. (2015). Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 743–754. <https://www.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14182>
- Blake, H., Mo, P., Malik, S., & Thomas, S. (2009). How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 23(10), 873–887. Doi: 10.1177/0269215509337449
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126–131. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerend.er.fcgi?artid=1424733&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Ding, D., Kenny, L., Tracy, A., Eric, F., Peter, K., Willem, M., & Michael, P. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311–1324. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)30383-X
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Programa nacional de saúde ocupacional extensão 2018–2020*. https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/pnsoc_extensao-pdf.aspx?fbclid=IwAR1jppqPgRTa_hzDYGVDTjow2qL_nXcuu-BPBM-0XLUGp9uoaaScgfTPHPyM

- Ferreira, C., & Anes, E., (2016). Qualidade de vida dos enfermeiros. *Millenium*, 2(1), 327–336. Retrieved from <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/16645/1/3%20-%20Artigo%20rev.%20-%20Qualidade%20de%20vida%20dos%20enf%20ermeiros%20Millenium%202016.pdf>
- Freire, C. B., Dias, R. F., Schwingel, P. A., De França, E. E. T., De Andrade, F. M., Costa, E. C., & Correia Junior, M. A. de V. (2015). Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do submédio São Francisco. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 68(1), 26–31. <https://www.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680104p>
- Haskell, W., Lee, I., Pate, R., Powell, K., Blair, S., Franklin, B., . . . Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercices*, 39(8), 1423–1434. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17762377>
- Ho, M. H. (2020). Effects of dietary and physical activity interventions on generic and cancer-specific health-related quality of life, anxiety, and depression in colorectal cancer survivors: a randomized controlled trial. *Journal of Cancer Survivorship*, 18. Doi: 10.1007/s11764-020-00864-0
- Krzepota, J., Sadowska, D., & Biernat, E. (2018). Relationships between physical activity and quality of life in pregnant women in the second and third trimester. *International Journal of Environmental research and public health*, 15(12), E2745. <https://www.doi.org/10.3390/ijerph15122745>
- Lawton, B. A., Rose, S. B., Raina, E. C. R., Dowell, A. C., Fenton, A., & Moyes, S. A. (2009). Exercise on prescription for women aged 40–74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *BMJ*, 1–7. <https://www.bmj.com/content/bmj/337/bmj.a2509.full.pdf>
- Li, J., Connor, H., Dwyer, N., & Orr, R. (2016). The effect of acute and chronic exercise on cognitive function and academic performance in adolescents: A systematic review. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 20(9), 841–848. Doi: 10.1016/j.jsams.2016.11.025
- Makar, O., & Siabrenko G. (2018). Influence of physical activity on cardiovascular system and prevention of cardiovascular diseases (Review). *Georgian Medical News*, (285), 69–74. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=d5f6addd-2c46-49e6-9a6b-ac9de0400f99%40pdc-v-sessmgr01>
- Mummery, K., Schofield, G., & Caperchione, C. (2004). Physical activity dose-response effects on mental health status in older adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28(2), 188–192. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1/j.1467-842X.2004.tb00934.x>
- Neto, A., Araújo, R., Pitangui, A., Menezes, L., França, E., Costa, E., Andrade, F., & Junior, M. (2013). Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de atividade física e de saúde*, 18(6), 711–719. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n6p711>
- Netto, R., Silva, C., Costa, D. & Raposo, D. (2012). Nível de atividade física e qualidade de vida de estudantes universitários da área de saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 10(34), 47–55. https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1802
- Pucci, G., Fermino, R., & Reis, R. (2012). Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 166–179. Doi: 10.1590/S0034-89102012000100021
- Puciato, D., Rozpara, M., & Borysiuk, Z. (2018). Physical activity as a determinant of quality of life in working-age people in wrocław, Poland. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 623. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040623>

- Santos, C., Martins, T., Ferreira, T. R. (2009). Saúde e qualidade de vida: Contributos teóricos. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.). Saúde e qualidade de vida: Estado da arte (pp.12–38). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Santos, F., Vale, J., Ferreira, J., Raimundo, A., & Moreira, H. (2010). *Livro verde da atividade física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/282122342_Livro_Verde_da_Atividade_Fisica
- Shibata, A., Oka, K., Nakamura, Y., & Muraoka, I. (2007). Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. *BioMed Central*, 5(64). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-64>
- Silva, M., Batista, N., Goulart, A., Lanferdini, F., Marcon, M., & Dias, C. (2012). Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400004>
- Silva, R. S., Silva, I., Silva, R. A., Souza, L., & Tomasi, E. (2010). Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 115–120. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a17v15n1.pdf>
- Sluik, D., Buijsse, B., Muckelbauer, R., Kaaks, R., Teucher, B., Johnsen, N., Nothlings, U. (2012). Physical activity and mortality in individuals with diabetes mellitus: a prospective study and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, 172(17), 1285–1295. Doi: 10.1001/archinternmed.2012.3130
- Toscano, J. J. O., & Oliveira, A. C. C. (2009). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, 15(3), 169–173. <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n3/a01v15n3.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical activity guidelines for americans*. Retrieved from https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/index.htm?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fphysicalactivity%2Fbasics%2Fpa-health%2Findex.htm
- Vagetti, G., Filho, V., Moreira, N., Oliveira, V., Mazzardo, O., & Campos, W. (2014). Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000–2012. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36(1), 76–88. Doi: 10.1590/1516-4446-2012-0895
- Van den Berg, T. I. J., Alavinia, S. M., Bredt, F. J., Lindeboom, D., Elders, L. A. M., & Burdorf, A. (2008). The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81. <https://doi.org/10.1007/s00420-007-0296-7>
- Vilar, F. J. R. & Salgado, I. (2009). Do conceito de qualidade de vida à qualidade de vida como conceito. *Enfermagem em Foco*, 2(57), 34–36.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Instruments: The WHOQoL-100 and the WHOQoL-BREF*. https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world*. Retrieved from <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>
- World Health Organization. (2020). *Global strategy on diet, physical activity and health*. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
- Xiao, Y., Wang, H., Zhang, T. & Ren, X. (2019). Psychosocial predictors of physical activity and health-related quality of life among Shanghai working adults. *Health and quality of life*

outcomes, 17(1),
<https://doi.org/10.1186/s12955-019-1145-6>

Yasunaga, A., Togo, F., Watanabe, E., Park, H., Shephard, R. J., & Aoyagi, Y. (2006).

72. Yearlong physical activity and health-related quality of life in older Japanese adults: the Nakanojo Study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 14(3), 288–301.
<https://doi.org/10.1123/japa.14.3.288>

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.



O SUPORTE BÁSICO DE VIDA NAS ESCOLAS DO 1.º CICLO LANÇANDO UMA SEMEINTE, TRAÇANDO UM FUTURO: PROJETO DE INTERVENÇÃO

BASIC LIFE SUPPORT IN 1ST CYCLE SCHOOLS SOWING A SEED, DESIGNING A FUTURE: INTERVENTION PROJECT

[10.29073/jim.v4i1.750](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.750)

Receção: 03/05/2023 Aprovação: 07/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Nicolau Pestana ^a; Lara Abreu ^b; Merícia Bettencourt ^c; Cristina Pestana ^d; Noélia Gomes ^e;

^a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; nicopestana@gmail.com; ^b SESARAM/Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; larabreu_15@hotmail.com; ^c Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; bettencourt@esesjcluny.pt; ^d Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; cpestana@esesjcluny.pt; ^e npimenta@esesjcluny.pt;

RESUMO

Introdução: A paragem cardíaca extra-hospitalar é a terceira principal causa de morte em países industrializados. Em Portugal, em apenas 18,5% das situações são iniciadas manobras de reanimação. Várias entidades defendem a disseminação dos conhecimentos sobre Suporte Básico de Vida (SBV), incluindo a sua inclusão nos currículos escolares.

Objetivo geral: Promover a literacia em saúde, na área do SBV às crianças dos sete aos onze anos.

Material e Métodos: Utilizámos a metodologia de projeto. A população foi constituída por 82 crianças do 3.º e 4.º ano de escolaridade. Aplicado questionário diagnóstico, replicado no final da intervenção. A intervenção consistiu numa formação com componente teórica e prática.

Resultados/Discussão: Da análise das respostas, antes e após a intervenção, destaca-se: questões que abordavam aspetos comuns, como “qual o número a ligar em caso de emergência”, verificou-se pequenas taxas de variação (90% para 100%). Nas questões específicas verificou-se baixas taxas de respostas corretas, que se elevaram após a intervenção, por exemplo “número de compressões a realizar num ciclo de SBV”, passando dos 0% para os 90,8%.

Conclusão: Verificou-se variação positiva nas respostas obtidas no questionário final, demonstrando o impacto positivo do projeto na aprendizagem das crianças.

Palavras-Chave: Reanimação Cardiopulmonar; Crianças; Escolas; Formação.

ABSTRACT

Introduction: Out-of-hospital sudden cardiac arrest is the third leading cause of death in industrialized countries. In Portugal, in only 18.5% of situations resuscitation maneuvers are initiated. Several entities defend the dissemination of knowledge about Basic Life Support (BLS), including its inclusion in school curricula.

General objective: To promote health literacy in the BLS area to children from seven to eleven years old.

Material & Methods: We used the project methodology. The population consisted of 82 children in the 3rd and 4th grades. Applied diagnostic questionnaire, replicated at the end of the intervention. The intervention consisted of training with a theoretical and practical component.

Results/Discussion: From the analysis of the responses, before and after the intervention, the following stand out: questions that addressed common aspects, such as “which number to call in an emergency,” there were small rates of variation (90% to 100%). In the specific questions there were low rates of correct answers, which increased after the intervention, for example “number of compressions to be performed in a BLS cycle,” going from 0% to 90.8%.

Conclusion: There was a positive variation in the answers obtained in the final questionnaire, demonstrating the positive impact of the project on the children's learning.

Keywords: Cardiopulmonary Resuscitation; Children; Primary School; Education.

1. INTRODUÇÃO

A paragem cardíaca súbita extra-hospitalar (PCEH) com insucesso na reanimação cardiopulmonar (RCP) é uma das principais causas de morte. Segundo a American Heart Association (AHA, 2020) só no ano 2015, aproximadamente 350 000 adultos nos Estados Unidos apresentaram PCR não traumática extra-hospitalar, tendo sido atendidos por pessoal dos serviços médicos de emergência. Acrescenta ainda que apesar das novas intervenções, menos de 40% dos adultos recebem RCP iniciada por leigos e menos de 12% têm um desfibrilador externo automático (DEA) aplicado antes da chegada dos serviços de emergência. Por tal facto, a sobrevivência depois da PCEH está no mesmo nível desde 2012 (AHA, 2020).

Na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA) constatou-se uma incidência de PCEH de 84/100 000 e de 76/100 000 habitantes por ano, respetivamente (Benjamin et al., 2019). Na Europa esta incidência tem aumentado nos últimos 50 anos, porém, a taxa de sobrevivência é baixa, com uma taxa de alta hospitalar de apenas 26% (Gräsner et al., 2020).

Mais de 70% das PCEH são testemunhadas por membros da família, amigos e populares, sendo o domicílio e a via pública os locais mais frequentes (Gräsner et al. 2020). O intervalo de tempo entre o acionamento e a chegada do apoio de saúde diferenciado demora, em média, 6 a 12 minutos. Contudo, este tempo só poderá ser encurtado se as manobras de RCP forem iniciadas pelos populares (AHA, 2020; Böttiger, 2015).

O Registo Europeu de Paragem Cardíaca, designado por EuReCa TWO, envolveu 28 países, registando um total de 37 054 PCEH (2020). A taxa de manobras de RCP realizadas por leigos variou entre 13% a 82%, sendo a média de 58%. Este estudo verificou que a taxa de sobrevivência duplicou quando as manobras RCP foram iniciadas por leigos, com um incremento de 4,3% para 9,1% (Gräsner et al., 2020).

Segundo o Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória Pré-Hospitalar do INEM, em 2022 houve 19 884 Paragens Cardiorrespiratórias (PCR) e destas apenas

18,5% foram submetidas a manobras RCP antes das equipas de socorro chegarem ao local. Segundo os dados do INEM, transmitidos por Miguel Oliveira na Reunião de Emergência Médica “How to Save a Life” a 22 de março de 2023, a taxa de sobrevivência das vítimas duplicou de 3,40% para 7,40%, quando a vítima foi submetida a manobras de RCP antes da chegada das equipas de socorro.

Uma vez que os tempos de Socorro da Ambulâncias de Emergência Médica e de Suporte Imediato de Vida do INEM, em 2022, em áreas predominantemente urbanas, demorou em 30% dos casos, mais de 15 minutos para chegar ao local (INEM, 2022) e a morte cerebral ocorre após 3 a 5 minutos sem fluxo sanguíneo, verifica-se a importância de os populares iniciarem manobras de RCP.

Existem várias estratégias para aumentar as taxas de manobras de RCP realizadas por populares, contudo, a melhor estratégia para alcançar o maior número de pessoas, com o objetivo *major* de haver um socorrista para cada cidadão, é o treino obrigatório de todas as crianças em idade escolar (Böttiger & Van Aken, 2015). Assim, o *European Resuscitation Council* (ERC), em conjunto com Fundação Europeia para a Segurança do Doente (EPSF), o ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), e a Federação Mundial das Sociedades de Anestesia (WFSA), lançaram uma campanha, em 2015, designada por “Kids Save Lives” (KSL) que foi apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta campanha recomenda duas horas de treino em RCP anualmente, começando o mais cedo possível, sendo o mais tardar aos 12 anos de idade em todas as escolas do mundo (Semeraro et al., 2023).

Em idade escolar, as crianças e os jovens apresentam facilidade em adquirir competências, conhecimentos e atitudes. Por outro lado, os professores, especialistas em educação, desde que capacitados, podem ensinar, sem dificuldade, técnicas de Suporte Básico de Vida (SBV) durante a escolaridade (Boné et al., 2020).

A iniciativa KSL prevê ajudar a melhorar a taxa de sobrevivência das pessoas com PCEH, podendo salvar 300 000 vidas adicionais em

todo o mundo todos os anos, quase mil todos os dias e quase uma vida a cada minuto (Böttiger et al., 2016).

O ERC recomenda que as crianças tenham conhecimento de manobras de RCP, incluindo as compressões e as ventilações. Contudo, estas devem ser ensinadas por fases, ou seja, na escola primária deverá ser ensinado o SBV: verificar-ligar (112) — comprimir, e numa segunda fase, incidir sobre as ventilações e a aplicação do Desfibrilhador Automático Externo (DAE). No final da formação as crianças são incentivadas a treinar outras 10 pessoas nas duas semanas seguintes e fazer um relatório (Böttiger et al., 2016).

Os métodos de ensino podem ser os mais variados, desde os manequins de baixo custo e manutenção, contudo, o uso das novas tecnologias, por exemplo a utilização de aplicações para *smartphones*, redes sociais, a utilização de jogos e realidade virtual são altamente recomendados (Böttiger et al., 2016). Em Bologna, Itália, no âmbito da campanha KSL, estão a realizar um estudo, desde junho 2022 até final de 2023, para explorar o conhecimento dos alunos sobre a RCP, o seu comportamento, a sua motivação para intervir e o realismo da experiência de realidade virtual. Os resultados preliminares foram positivos e encorajadores, em que os alunos que admitiram intervir numa situação de PCR aumentou 40%. O principal objetivo no final será avaliar o impacto custo-efetividade desta nova abordagem educacional e medir a mudança comportamental dos alunos (Semeraro et al., 2023).

A promoção da saúde em meio escolar, assente nos princípios das Escolas Promotoras de Saúde, contribui para elevar o nível de literacia em saúde da comunidade educativa. Portugal faz parte do grupo de países que possui legislação sobre educação em RCP segundo a Resolução da Assembleia da República n.º 33/2013, a qual introduziu a formação obrigatória de SBV de 6 a 8 horas para os alunos do 3.º ciclo na disciplina de Ciências Naturais.

No ano letivo de 2014/15 estabeleceu-se um protocolo entre o INEM e a Direção-Geral da Educação (DGE) que visou possibilitar a

formação em SBV a alunos do 3.º ciclo do ensino básico, e a professores e funcionários, assim como a formação certificada dos professores como formadores em SBV.

Apesar de em Portugal existirem formações na comunidade, uma revisão realizada entre 2004 e 2020 verificou que os inquiridos continuam a apresentar baixos níveis de conhecimento sobre a atuação com recurso ao SBV-DAE, salientando-se a necessidade de continuar a investir na formação (Mourão et al., 2021). Neste contexto, programas de formação com componente teórica e prática devem ser realizados em escolas por profissionais de saúde capacitados (Mourão et al., 2021).

Nesta ótica, cientes da importância do início precoce das manobras de RCP por quem presencia a PCR e, procurando contribuir para a promoção da literacia em saúde na área do SBV às crianças do 3.º e 4.º ano das escolas do 1.º ciclo de um concelho da Ilha da Madeira, desenvolvemos um projeto de intervenção na comunidade denominado: **O suporte básico de vida nas escolas do 1.º ciclo: lançando uma semente, traçando um futuro**. Como objetivos específicos definimos: Sensibilizar os responsáveis pela educação a nível concelhio e regional acerca da importância deste projeto para a comunidade escolar/sociedade; identificar os conhecimentos das crianças sobre a Cadeia de Sobrevivência e SBV e avaliar o impacto do projeto na comunidade escolar.

Com a implementação deste projeto, ambicionamos plantar uma semente que irá crescer, e que no futuro dará seus frutos. Foi nossa intenção aliciar e entusiasmar as crianças para aprenderem e desenvolverem competências na área do SBV, contribuindo para a construção de uma sociedade mais interventiva, mais competente na área dos primeiros socorros e mais saudável.

3. MÉTODO

Neste estudo, utilizámos a metodologia de projeto, para cuja implementação foi necessária a obtenção da autorização por parte da Direção Regional da Educação da Região Autónoma da Madeira segundo a DRE — ofício 3017 de 07 de dezembro de 2017. Neste sentido, foi elaborada uma carta de

informação sobre o projeto, sua pertinência e importância para a comunidade escolar. Esta etapa assumiu crucial importância pois sem a autorização e sem a partilha de compromisso entre as partes, não seria possível a implementação do projeto. Foi garantido o respeito pela vontade dos encarregados de educação e dos alunos, o anonimato no tratamento dos dados, respeitando-se assim os princípios éticos. Após obtenção de parecer favorável foi realizada uma reunião com a delegação escolar concelhia e diretores das escolas.

Após sensibilizar e tornar como parceiros os responsáveis pela educação a nível regional e local, iniciou-se a respetiva articulação com as escolas envolvidas, assegurando a colaboração dos diretores e professores. Definiram-se as estratégias de operacionalização do projeto, de forma a não interferir com o normal desenrolar dos planos de estudos e foram consideradas estratégias pedagógicas a utilizar na implementação do projeto, nomeadamente os meios audiovisuais, os diapositivos, simuladores, a linguagem a utilizar, tudo isto no sentido de fomentar a captação da atenção das crianças e o seu melhor aproveitamento.

A população abrangida foi constituída por 82 crianças, tendo participado no projeto 76 crianças a frequentar o 3.º e 4.º ano, distribuídas por cinco turmas, de duas escolas de 1.º ciclo de um concelho da Ilha da Madeira. É de realçar que apenas não obtivemos o consentimento de dois encarregados de educação para a participação das crianças no projeto, o que traduz o interesse dos mesmos para esta temática.

No sentido de efetuar o diagnóstico da situação e identificar os conhecimentos das crianças sobre a temática em apreço, construiu-se e aplicou-se um questionário. Este instrumento estava dividido em duas partes. A primeira contemplava questões que pretendiam efetuar a caracterização da população e identificar as crianças que tinham conhecimento sobre o que era uma situação de emergência e se já haviam presenciado uma paragem cardiorrespiratória. A segunda parte, direcionada para o SBV, contemplava

questões que abordavam a importância de chamar ajuda; como verificar a respiração; qual o número de emergência; o que é o SBV; o que fazer após constatar que a vítima não respira; qual a cadência entre compressões/respirações e quando parar as manobras de reanimação. Antes da sua aplicação o instrumento de colheita de dados foi validado no seu conteúdo por um professor do 4.º ano e a diretora de uma escola de 1.º ciclo, e por dois professores de Enfermagem com domínio do tema.

Tendo por base os resultados obtidos, planeou-se as formações que consistiram numa parte teórica sobre a temática da cadeia de sobrevivência e SBV, seguida de uma parte prática. Foram concretizadas quatro formações, de forma a abranger todas as crianças, seguida da parte prática com a duração aproximada de 45 minutos.

A formação teórica foi baseada na apresentação de diapositivos sobre o SBV, ilustrados com super-heróis de banda desenhada amplamente conhecidos. Foi explanado o conceito de cadeia de sobrevivência e abordado o algoritmo de SBV, dando especial ênfase à importância destes conhecimentos por parte de toda a comunidade e da potencial importância que cada uma das crianças poderá assumir perante uma situação de PCR. Finalizou-se com a apresentação de um vídeo demonstrativo da aplicação do algoritmo de SBV.

Para o desenvolvimento da componente prática, recorreu-se ao uso de um manequim de SBV. Nesta etapa pretendeu-se que, as crianças que assim o entendessem, praticassem o algoritmo de abordagem à vítima de PCR. Para tal foi demonstrado o algoritmo, de acordo com o preconizado pelo ERC e pelo Conselho Português de Ressuscitação (CPR), seguindo o método dos quatro passos: 1.º passo — demonstração do algoritmo em silêncio; 2.º passo — demonstração do algoritmo explicando todos os gestos; 3.º passo — execução do algoritmo à ordem dos formandos; 4.º passo — proporcionar um momento de treino a cada formando, orientando nas manobras. De uma

forma generalizada, as crianças mostraram muito entusiasmo na prática do algoritmo.

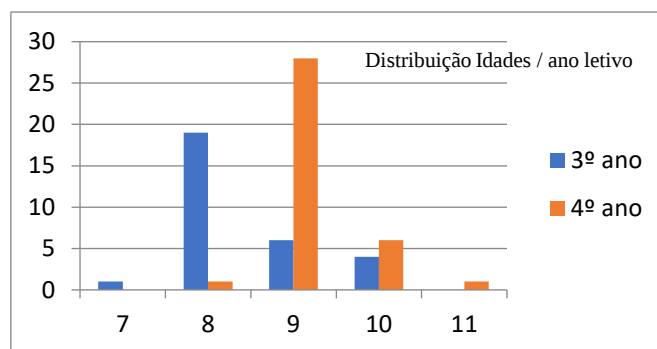
No final da formação, aplicou-se o mesmo questionário aplicado para o diagnóstico da situação, no sentido de aferir a evolução dos conhecimentos das crianças. Aplicou-se também um instrumento de avaliação da satisfação onde foi pedido aos participantes para classificar a formação com os itens “Muito fraco”, “Fraco”, “Razoável”, “Bom” e “Muito Bom”, na vertente da compreensão, interesse, clarificação do tema, recomendação, e avaliação global.

Os dados colhidos permitiram-nos efetuar uma descrição e análise crítica dos resultados. De uma forma global podemos afirmar que não houve discrepâncias evidentes entre as turmas e os diferentes anos letivos, verificando-se uma certa tendência homogénea nas respostas obtidas.

Quanto à caracterização da amostra, verificou-se que as crianças abrangidas pelo projeto se encontravam nas faixas etárias dos sete aos onze anos, sendo a média igual à moda de idades, nomeadamente oito anos para as turmas do 3.º ano e nove anos para as turmas do 4.º ano.

3. RESULTADOS

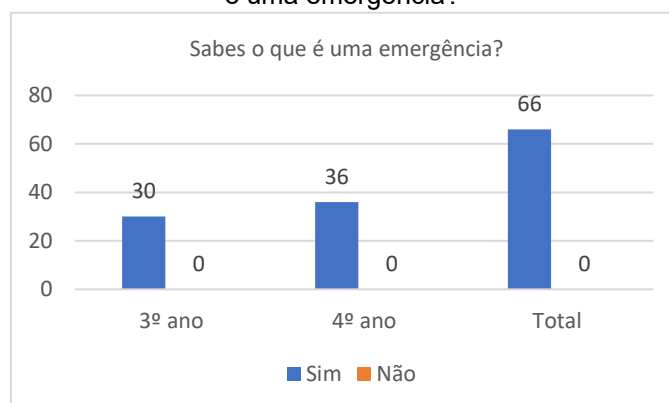
Gráfico 1 – Distribuição dos alunos por idade/ano letivo



Nas questões que abordavam aspetos mais comuns, tais como o que é uma emergência ou qual o número a ligar em caso de emergência, verificou-se já antes da formação uma elevada percentagem de respostas

corretas, algumas acima dos 90%. Na pós-formação a percentagem de respostas corretas a estas questões situou-se na ordem dos 100%, como se pode observar no gráfico seguinte.

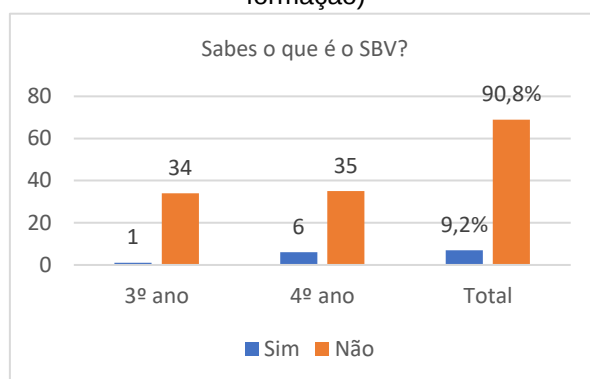
Gráfico 2 – Distribuição das respostas no pós-formação, relativamente à questão “Sabes o que é uma emergência?”



Por outro lado, e como seria expectável, nas questões mais específicas sobre o tema em questão, verificou-se na avaliação diagnóstica, baixas taxas de respostas corretas. No

conhecimento sobre o que é o SBV esta situou-se abaixo dos 10%, tendo evoluído para os 98,5% após a formação (Gráfico n.º 3).

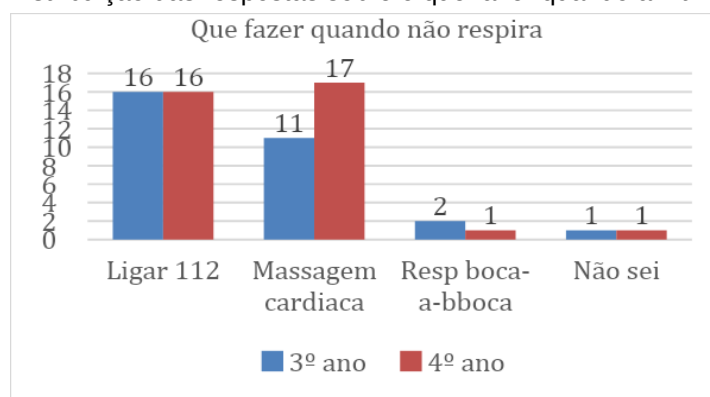
Gráfico 3 – Distribuição das respostas em relação ao conhecimento sobre o que é SBV (pós-formação)



Também a resposta ao número de compressões a realizar num ciclo de SBV sofreu evolução semelhante, com incrementos na ordem dos 90% entre a pré-formação e após a formação, passando dos 0% para os 90,8%. Repete-se ainda para o número de respirações boca-a-boca onde inicialmente a taxa de resposta situou-se nos 0% tendo-se verificado após formação uma taxa de 93,8%. Este fato está em harmonia com o entusiasmo verificado na sala aquando da formação e também com o elevado número de referências obtidas quanto à realização de compressões e respiração boca-a-boca, quando solicitados a referir o que mais haviam gostado na formação.

Outras questões obtiveram melhoria nas suas taxas de resposta, contudo não tão evidentes. Por exemplo, quando questionados sobre o que fazer após verificar que a vítima não respira, a resposta correta “Ligar 112” obteve inicialmente uma percentagem relativa de 42,8% passando para os 49,2%. Paradoxalmente, a resposta incorreta “Massagem cardíaca” subiu dos 28,6% para os 43%. Talvez pela ênfase dada à massagem cardíaca durante a formação teórico-prática, verificou-se um desvio das respostas erradas das outras alíneas, para esta, também incorreta (Gráfico n.º 4).

Gráfico 4 – Distribuição das respostas sobre o que fazer quando a vítima não respira



Relativamente à questão que abordava a legitimidade de fazer apenas compressões, em caso de decisão do reanimador, o incremento de respostas corretas no “Sim” subiu dos 14,3% para os 47,7%. Estes dados coadunam-se com o programa da AHA (2008) denominado “Hands Only CPR”, programa no

qual é enfatizada a importância das compressões torácicas ininterruptas perante uma vítima de PCR, até à chegada das equipas de emergência, omitindo a respiração boca-a-boca. Segundo o mesmo autor (AHA, 2008), estas manobras são de vital

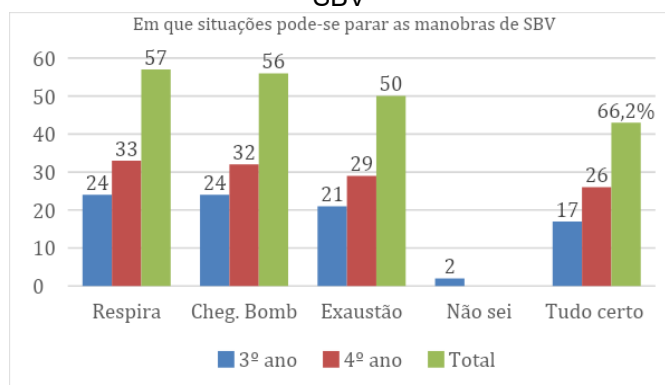
importância, podendo duplicar ou até triplicar a taxa de sobrevivência.

Nesta perspetiva, consideramos muito importante o conhecimento sobre as manobras de reanimação baseadas nas compressões, principalmente no pré-hospitalar, onde é mais demorada a obtenção de dispositivos adjuvantes da via aérea. Seria deveras pertinente a divulgação destas manobras pela comunidade. De acordo com Preto (2020) num estudo envolvendo estudantes universitários, entre os quais vários com formação prévia sobre SBV, cujo objetivo foi avaliar os conhecimentos precisamente em SBV, este autor concluiu que apenas 14,4% da população faria SBV à base de compressões. Referiu ainda que vários estudos apontam a respiração boca-a-boca como uma barreira na hora de alguém decidir prestar socorro a uma vítima em PCR. Neste projeto, esta taxa de resposta no momento pós-formação foi muito superior, talvez porque a temática tinha sido

abordada previamente. Seria importante fazer reciclagens sobre a temática do SBV numa fase posterior, com o intuito de manter a população informada, com o algoritmo assimilado, sustentando a competência como reanimador.

As três situações em que é legítimo parar as manobras do SBV, de acordo com o ERC (2016), são: quando a vítima recuperar, quando chegar ajuda diferenciada e quando o reanimador estiver exausto. Perante esta questão, os dados colhidos pré-formação mostraram que ninguém assinalou as três opções corretas, tendo apenas sido assinaladas algumas de forma incompleta. Posteriormente à formação verificou-se que 61,5% dos inquiridos respondeu às três premissas corretamente e 35,4% responderam assinalando alíneas corretas, mas de forma incompleta, como se pode observar no gráfico que se segue (Gráfico n.º 5).

Gráfico 5 – Distribuição das respostas “Situações em que se podem parar as manobras de SBV”



A evolução destas taxas de resposta, na sua maioria positiva e com diferenças bastante evidentes em várias questões, veio demonstrar o impacto positivo da formação na aprendizagem das crianças e veio demonstrar que as crianças foram capazes de reter conhecimentos teóricos, apesar da tenra idade. Estes dados permitem-nos inferir que houve promoção da literacia em saúde na temática do SBV. Para que tal fosse possível, contribuíram, no nosso entender, as várias estratégias utilizadas na abordagem do tema, captando a atenção das crianças e motivando-as para a aprendizagem.

Embora não fosse evidente, em termos dos resultados obtidos, uma diferenciação nas taxas de resposta entre as crianças do 3.º e 4.º ano, refletindo-se esta homogeneidade também na retenção e verbalização do algoritmo aquando da demonstração, ficounos a perceção de que as turmas de 4.º ano demonstraram maior atenção e melhor desempenho na prática, corroborando com Banfai et al (2016) quando diz que as crianças a partir dos sete anos são capazes de apreender e aplicar competências de SBV. Acrescenta ainda que iniciar a educação em SBV na primeira infância pode ser bastante

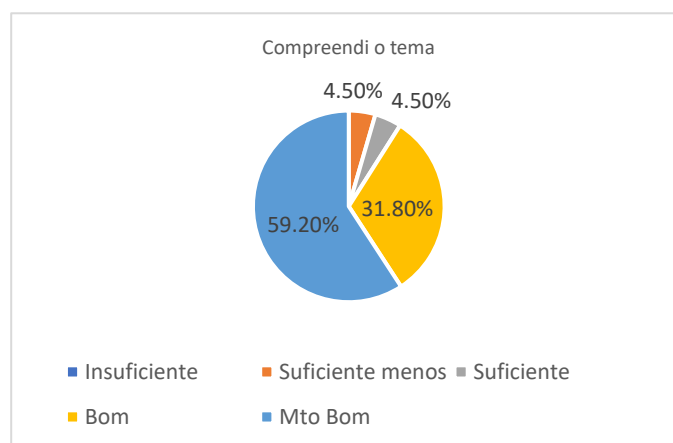
benéfico, mesmo que as habilidades físicas e intelectuais se mostrem como uma barreira para a aprendizagem. Corroborando estes resultados, embora numa população de estudantes universitários, e com o objetivo de identificar o conhecimento dos jovens sobre o SBV, Preto (2020) concluiu que o facto de alguns alunos terem frequentado formação na área do SBV anteriormente, influenciou significativamente o nível de conhecimentos, salientando-se os participantes que já tinham frequentado unidades curriculares onde se ministram conteúdos de SBV. Também a grande maioria dos estudantes (98,1%) manifestou interesse ou necessidade de adquirir mais formação em reanimação.

Observou-se que, de uma forma global, crianças com maior idade e fisicamente mais robustas estavam relacionadas com melhor execução das compressões. Tal como no estudo de Banfai et al (2016), no qual o autor identificou uma correlação positiva entre a performance na execução das manobras e o peso, idade, altura e índice de massa corporal das crianças, quanto maior, melhor as manobras de compressão, estando estes dados em concordância com os autores Boné, Loureiro e Bonito (2019). Num estudo que

efetuaram com o objetivo de relatar a evidência do conhecimento sobre SBV nas escolas, concluíram que quando abordado este tema, as crianças apresentam-se recetivas e entusiasmadas, tornando a aprendizagem eficaz, com benefícios sociais, podendo ser multiplicadoras do ensino. Acrescentam ainda que a idade ideal para o início do ensino de compressões torácicas é cerca dos 12 anos (Boné et al., 2019).

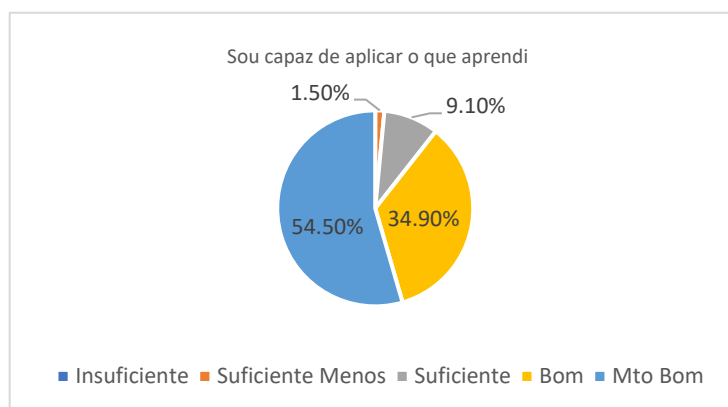
Após a análise dos resultados obtidos inferimos que as estratégias utilizadas se revelaram primordiais para que esta formação fosse interessante, e que a linguagem e os métodos usados foram compreensíveis permitindo aos alunos aprender, replicar e recomendar o que aprenderam (Gráfico 6). As elevadas taxas de resposta obtidas nas questões que abordam estes aspetos são a prova disso. Os níveis “Bom” e “Muito Bom” reúnem mais de 90% de respostas, como demonstra o gráfico n.º 6. Julgamos que o facto de utilizarmos um simulador para as manobras práticas de SBV e nos slides termos feito alusão a super-heróis de banda desenhada, contribuiu para a elevada taxa de satisfação.

Gráfico 6 – Distribuição das respostas sobre a afirmação “Compreendi o tema”



Também a avaliação da formação, de uma forma geral, obteve 96,9% de respostas para os níveis Bom (9,1%) e Muito Bom (87,8%). Contudo, o que mais nos aprazou verificar foi o facto de 98,54% dos alunos ter respondido

sentir-se capaz de aplicar os conhecimentos apreendidos, de forma satisfatória a muito boa, como se pode observar no gráfico n.º 7.

Gráfico 7 – Distribuição das respostas sobre a afirmação: “Sou capaz de aplicar o que aprendi”

As questões abertas permitiram perceber que as crianças gostaram muito de realizar as manobras no simulador. Este feedback foi-nos transmitido também durante as sessões, através dos sentimentos expressos pelas crianças, pela forma como estas participaram, cheios de entusiasmo, curiosidade e proatividade. Importa referir que o feedback oral obtido no final das sessões formativas, por parte dos professores, foi extremamente positivo.

O uso do simulador parece ter sido uma peça chave do sucesso da formação. Captou a atenção das crianças e assumiu-se como fonte motivadora para a participação. Corroborando esta nossa percepção, Schedler et al. (2022), num estudo sobre o “Uso de Simulador Virtual, como recurso didático durante o processo de ensino e aprendizagem na educação profissional e tecnológica”, nos seus resultados prévios baseados na análise do estado do conhecimento, concluíram que o recurso a tecnologias, especialmente os simuladores virtuais, contribuem decisivamente quer para a diversificação dos recursos didáticos, quer para a melhoria do processo de ensino e aprendizagem. Também partilham desta opinião Costa et al (2023), fundamentando-se nos resultados de uma revisão sistemática sobre a importância da simulação realística na evolução de estudantes de enfermagem na urgência e emergência. Estes autores referem que as evidências incluídas no estudo demonstraram que o recurso a simuladores torna a metodologia mais ativa e assume-se como

ferramenta importante para a assimilação da teoria com a prática, bem como ajuda na formação do raciocínio clínico e tomada de decisão.

5. CONCLUSÃO

A conceção e implementação deste projeto de intervenção revelou-se extremamente profícuo.

Através deste projeto conseguimos envolver/sensibilizar a Direção Regional de Educação e os Diretores das Escolas Básicas, envolvidas, para a importância do SBV ser abordado, desenvolvido e treinado nas escolas.

Através dos elevados scores percentuais obtidos nas respostas ao questionário pós-formação, foi evidente que as crianças foram capazes de reter conhecimentos teóricos sobre SBV, tal como constatado em estudos realizados por outros autores, o que nos permite afirmar que os objetivos traçados foram concretizados, pois promovemos a literacia em saúde, na área do SBV, às crianças do 3.º e 4.º anos, das escolas envolvidas, sensibilizámos para a importância do SBV, identificamos os conhecimentos das crianças e avaliamos o impacto do projeto na comunidade escolar.

Os dados colhidos antes e após a intervenção permitiram concluir que nas questões que abordavam aspetos mais comuns, a variação das respostas foi pouco expressiva, como por exemplo, quando questionado “qual o número a ligar em caso de emergência”, tendo-se verificado uma variação de apenas 10% nas

respostas corretas. Por outro lado, nas questões específicas sobre a temática abordada, verificaram-se relevantes variações no incremento das taxas de respostas corretas, como por exemplo, quando questionados sobre o “número de compressões a realizar num ciclo de SBV”, cuja taxa de respostas corretas passou dos 0% para os 90,8%.

Algumas dificuldades foram surgindo ao longo deste percurso, nomeadamente determinar as melhores e mais adequadas estratégias a utilizar na implementação do projeto de intervenção, assim como sentimos algumas dificuldades na recolha da evidência científica, pois os estudos científicos publicados neste âmbito são escassos, e já com alguns anos. O tratamento dos dados de diagnóstico da situação pré e pós-intervenção e de avaliação global da intervenção também foi desafiante pois a população tinha uma dimensão considerável, gerando grandes quantidades de dados.

Como elementos facilitadores salientamos a orientação da docente e a disponibilidade e colaboração que desde o início se obteve por parte das escolas e respetivos professores, assim como a curiosidade e motivação dos alunos, as quais foram fulcrais para o bom ambiente em que se implementou o projeto e para a obtenção dos resultados positivos. A experiência e competência dos autores do projeto, como formadores na área do SBV, foram imprescindíveis para o alcance dos objetivos.

Como sugestão, consideramos que seria enriquecedor aplicar o instrumento de avaliação/questionário numa fase posterior e repetir a componente prática, passados 6 meses e repeti-la passados 12 meses, de forma a conhecer a retenção de conhecimentos e sustentar as competências nas manobras de SBV. Também, sugerimos a replicação deste projeto em todas as escolas básicas da Região Autónoma da Madeira pois seria uma forma de contribuir para a literacia e ganhos em saúde. Nas escolas secundárias, sugerimos o SBV com DAE na formação, integrando competências mais diferenciadas nos reanimadores, aumentando a

probabilidade de sobrevivência das vítimas de PCR.

A experiência vivida, os resultados obtidos, mas, principalmente, o lançamento desta semente deixa-nos satisfeitos pelo contributo para uma sociedade mais competente na área da intervenção perante vítimas em PCR.

REFERÊNCIAS

- Banfai, B., Pek, E., Pandur, A., Csonka, H., Betlehem, J. (2016). 'The year of first aid': effectiveness of a 3-day first aid programme for 7-14-year-old primary school children. *Emergency Medicine Journal*, 34(8), 526–532. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010481>
- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Das, S. R., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M. S. V., Ferguson, J. F., Fornage, M., Jordan, L. C., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., ... Virani, S. S. (2019). Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 139(10), 56–528. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000059>
- Boné, M., Loureiro, M. J., & Bonito, J. (2019). Suporte Básico de Vida na escola: o relato da evidência basic life support in school: the evidence report. *HOLOS*, 6(36), 1–21. <https://doi.org/10.15628/holos.2020.8959>
- Böttiger, B. W. (2015). “A Time to Act”-Anaesthesiologists in resuscitation help save 200,000 lives per year worldwide: School children, lay resuscitation, telephone-CPR, IOM and more. *European Journal of Anaesthesiology*, 32(12), 825–827. <https://doi.org/10.1097/EJA.000000000000074>
- Böttiger, B. W., & van Aken, H. (2015). Kids save lives: Training school children in cardiopulmonary resuscitation worldwide is now endorsed by the World Health Organization (WHO). *Resuscitation*, 94, 5–7. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.005>
- Böttiger, B. W., Bossaert, L. L., Castrén, M., Cimpoesu, D., Georgiou, M., Greif, R.,

Grünfeld, M., Lockett, A., Lott, C., Maconochie, I., Meliester, R., Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Perkins, G. D., Raffay, V., Schlieber, J., Semeraro, F., Soar, J., Truhlar, A., & Wingen, S. (2016). Kids Save Lives — ERC position statement on school children education in CPR: “Hands that help — Training children is training for life. *Resuscitation*, 105, 1–3. <https://doi.org/10.1016/J.RESUSCITATION.2016.06.005>

Costa, B. D. O. C., Almeida Ferreira, C., Peters, Â. A., & Prado, R. T. (2023). Importância da simulação realística na evolução de académicos de enfermagem na urgência e emergência: Revisão Sistemática. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(3), 1925–1944.

Gräsner, J. T., Wnent, J., Herlitz, J., Perkins, G. D., Lefering, R., Tjelmeland, I., Koster, R. W., Masterson, S., Rossell-Ortiz, F., Maurer, H., Böttiger, B. W., Moertl, M., Mols, P., Alihodžić, H., Hadžibegović, I., Ioannides, M., Truhlar, A., Wissenberg, M., Salo, A., ... Bossaert, L. (2020). Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe: Results of the EuReCa TWO study. *Resuscitation*, 148, 218–226. <https://doi.org/10.1016/J.RESUSCITATION.2019.12.042>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Indicadores de Desempenho do INEM*. <https://extranet.inem.pt/stats/?stat=234&ano=2022>

Instituto Nacional de Emergência Médica INEM. (2023). *Registo Nacional de Paragem Cardio-Respiratória Pré-Hospitalar*. <https://extranet.inem.pt/pcr/>

Mourão, C., Martins, C., Vicente, L., & Cartaxo, V. (2021). O impacto da formação comunitária

em SBV-DAE na sobrevivência à PCR. O que sabemos do mundo e de Portugal? *Separata Científica*. 43–49.

<http://hdl.handle.net/10400.1/17145>

Oliveira, M.S. (2023). *PCR no INEM: Dados e Factos*. In Congresso How to Save a Life, Lisboa, Portugal.

Preto, P.L.B. (2020). *Conhecimento sobre Suporte Básico de Vida em estudantes do ensino superior de ciências da saúde* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23275/1/Preto_Pedro.pdf

Resolução da Assembleia da República n.º 33/2013. **Diário da República I Série**. 53 (2013-03-15) 1630. [Consult. 07 mar. 2023]. Disponível em URL: <https://files.dre.pt/1s/2013/03/05300/0163001630.pdf>.

Schedler, M. F., Severo, C. E. P., & Tessmann, M. H. B. (2022). *Uso de simulador virtual como recurso didático durante o processo de ensino e aprendizagem, na educação profissional e tecnológica*. In Encontro Nacional de Educação e Seminário Internacional de Estudos e Pesquisa em Educação nas Ciências. Minho, Portugal.

Semeraro, F., Monesi, A., Gordini, G., del Giudice, D., & Imbriaco, G. (2023). Kids Save Lives: A blended learning approach to improve engagement of schoolchildren. *Resuscitation*, 182, 109675–109676. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2022.10.9675>

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.



A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA URGENTE/EMERGENTE NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: A PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

THE PERSON UNDERGOING URGENT/EMERGENT SURGERY IN THE CONTEXT OF AN INTENSIVE CARE UNIT: THE PREVENTION OF ADVERSE EVENTS

[10.29073/jim.v4i1.754](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.754)

Receção: 11/05/2023 Aprovação: 04/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Rubina Jesus ^a; Maria Santos ^b; Abel Viveiros ^c; Luís Gomes ^d; Cláudia Gouveia ^e; Lara Fernandes ^f; Noélia Gomes ^g;

^a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM; rubinaa_5@hotmail.com; ^b Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; marialuisavasantos@gmail.com; ^c Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM; abelviveiros@gmail.com; ^d Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM; lfigomes@gmail.com; ^e Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM; claudia.gouveia@sesaram.pt; ^f Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM; larafonsecafernandes@gmail.com; ^g Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; npimenta@esesjcluny.pt;

RESUMO

Introdução: As intervenções cirúrgicas emergentes correspondem a situações imprevisíveis que requerem atenção imediata, pois ameaçam a vida. Os doentes em unidades de cuidados intensivos (UCI), por vezes têm de ser submetidos a cirurgia urgente/emergente, devido a complicações e/ou agravamento do seu estado. Pela complexidade inerente ao período perioperatório e a condição crítica dos doentes, estão mais vulneráveis para a ocorrência de eventos adversos (EA).

Objetivo: Contribuir para a prevenção de EA no período perioperatório da pessoa em situação crítica numa UCI com necessidade de cirurgia urgente/emergente.

Material e Método: Estudo diagnóstico e intervenção sobre a preparação perioperatória da pessoa internada numa UCI de um Hospital de nível III. Os dados foram colhidos através de um questionário. Assegurámos, a participação voluntária, o direito à recusa e garantimos a privacidade e a confidencialidade. A intervenção consistiu numa formação e a conceção de uma proposta de Algoritmo de atuação dos enfermeiros perante uma situação crítica com necessidade de cirurgia urgente/emergente.

Resultado: Obtivemos 40 respostas ao questionário. Todos os enfermeiros já haviam presenciado um EA durante o perioperatório, com gravidade ameaçadora de vida, sendo a maioria evitável. O cenário urgente/emergente foi considerado o fator que mais contribuiu para a ocorrência de EA, assim como as falhas de comunicação e a ausência de um método de organização.

Conclusão: Evidenciámos, que a segurança do doente é um dever de todos os profissionais de saúde, em que o enfermeiro possui um papel primordial na prevenção da ocorrência dos EA, planeando e implementando cuidados de enfermagem personalizados e individualizados no perioperatório.

Palavras-Chave: Cirurgia Emergente; Cuidados Perioperatórios; Eventos Adversos; Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Emerging surgical interventions correspond to unpredictable situations that require immediate attention, as they are life threatening. Patients in intensive care units (ICU) sometimes have to undergo urgent/emergent surgery due to complications and/or worsening of their condition. Due to the inherent complexity of the perioperative period and the critical condition of patients, they are more vulnerable to the occurrence of adverse events (AE).

Objective: To contribute to the prevention of AE in the perioperative period of the person in a critical situation in an ICU in need of urgent/emergent surgery.

Material and Method: Diagnostic and intervention study on the perioperative preparation of the person hospitalized in an ICU of a Level III Hospital. Data were collected through a questionnaire. We ensure voluntary participation, the right to refuse and guarantee privacy and confidentiality. The intervention consisted of training and the design of an Algorithm proposal for nurses to act in a critical situation requiring urgent/emergent surgery.

Result: We obtained 40 responses to the questionnaire. All nurses had already witnessed an AE during the perioperative period, with life-threatening severity, most of which were preventable. The urgent/emergent scenario was considered the factor that most contributed to the occurrence of AE, as well as communication failures and the absence of an organization method.

Conclusion: We showed that patient safety is a duty of all health professionals, in which the nurse has a key role in preventing the occurrence of AE, planning and implementing personalized and individualized nursing care in the perioperative period.

Keywords: Emergent Surgery; Perioperative Care; Adverse Events; Person in Critical Situation; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A atualidade evidencia-se por constantes mudanças decorrentes do processo de globalização, sendo que as novas tecnologias e os sistemas de informação apurados coadunam com uma evolução exponencial ao nível científico e tecnológico, advindo novos desafios na garantia da qualidade e na segurança dos cuidados (Relvas, 2018).

A segurança do doente constitui um dos alicerces indissociáveis da qualidade em saúde, particularmente no que concerne à prestação de cuidados, já que tem como finalidade a “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (Carvalho, 2020).

A importância do tratamento cirúrgico tem sido cada vez mais reconhecida a nível mundial em virtude dos grandes benefícios proporcionados aos doentes, como a cura de diversas patologias e a redução da morbimortalidade, conferindo um aumento da longevidade e da qualidade de vida (Faria et al., 2022).

As complicações decorrentes dos cuidados cirúrgicos tornaram-se numa das principais causas de morte e incapacidade no mundo, surgindo o conceito de evento adverso, definido pela Organização Mundial de Saúde como qualquer incidente que resultou em dano para o utente, estimando-se que quase metade dos EA são evitáveis (Batista et al., 2019).

Anualmente são realizados mais de 300 milhões de procedimentos cirúrgicos em todo o mundo, em que a taxa de ocorrência de complicações *major* provocadas por EA é de 3 a 22%, com uma taxa de mortalidade de 0,4 a 0,8% (McNamara et al., 2022).

A incidência dos efeitos adversos consiste numa problemática que coloca em causa a qualidade dos cuidados de saúde, sendo um fator determinante no sofrimento do doente, aos quais se associam os custos elevados para as instituições de saúde. Os EA são indesejáveis, prejudiciais e desfavoráveis, traduzindo-se no aumento de complicações cirúrgicas. A sua ocorrência resulta da interação de diversos fatores, precisamente: os que são intrínsecos ao doente (idade, comorbilidades), a patologia de base e os que se relacionam diretamente com a prestação de cuidados de saúde. Por conseguinte, os eventos adversos têm vários níveis de gravidade, nomeadamente: fatal — óbito (se outra causa não for determinada); ameaçadora de vida — necessidade de suporte vital e/ou re-intervenção cirúrgica emergente para ressuscitação do doente; moderado — necessidade de recurso a outras medidas mais invasivas e leve — se afetou apenas o conforto físico e/ou psíquico do doente (Lelis et al., 2017).

Os EA cirúrgicos mais frequentemente citados na literatura são: óbito, infeção, hemorragia, relacionados com a incisão cirúrgica, associados aos dispositivos médicos

(extubação acidental, exteriorização de cateteres...), erros de medicação, quedas, úlceras por pressão, *Delirium*, stress pós-traumático, disfunção sistémica e identificação incorreta do utente/procedimento cirúrgico a ser efetuado. De igual forma, os mesmos autores complementam que existem alguns fatores descritos como contributivos para a ocorrência de eventos adversos, designadamente: interrupções/distração; profissionais inadequados para as tarefas; cenário emergente; falta de vigilância; problemas ergonómicos (iluminação, ruído...); falhas de comunicação; falta de supervisão de elementos em integração; complexidade administrativa/burocrática; falha de equipamentos; protocolos inadequados; inexperiência; erro de julgamento; fadiga e sobrecarga de trabalho; falta de organização; horário do dia e falhas de memória (Lelis et al., 2017).

Pela complexidade inerente ao período perioperatório e à condição crítica dos doentes internados numa UCI, caracterizam-se por serem contextos propícios ao erro e à ocorrência de EA. Na circunstância de uma pessoa em situação crítica ter necessidade de ser submetida a cirurgia urgente/emergente, a cadeia do erro pode ser despoletada por pequenas falhas que, em conjunto se traduzem em efeitos nefastos para o doente, para os profissionais e para a própria instituição de saúde (Lelis et al., 2017).

Assim sendo, este estudo teve como objetivo de contribuir para a prevenção de eventos adversos (EA) no período perioperatório da pessoa em situação crítica internada numa UCI de nível III, com necessidade de cirurgia urgente/emergente.

2. MÉTODO

Estudo diagnóstico e intervenção sobre a preparação perioperatória da pessoa internada numa UCI de um Hospital de nível III. Para o diagnóstico da situação, conhecer a

cultura de segurança dos profissionais de saúde, no que concerne à preparação dos doentes para uma cirurgia urgente/emergente, construímos um questionário intitulado: “Promoção da segurança e prevenção de eventos adversos na pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente/emergente”, que foi validado por dois docentes de enfermagem com conhecimentos na área da investigação e no tema em estudo e dois enfermeiros da prática de cuidados perito na área. O questionário foi constituído por 21 questões e dividido em três partes: caracterização sociodemográfica; caracterização profissional e académica e perceção sobre a segurança do doente cirúrgico e da prevenção dos eventos adversos. Assegurámos, a participação voluntária, sendo que os participantes foram informados da finalidade do inquérito e importância da sua participação, salvaguardando o direito à recusa. No sentido de garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados, o nome das participantes não ficou associado à resposta nos questionários e tratamento dos dados.

Tendo por base os resultados, a fase da intervenção consistiu numa formação teórica, onde foi possível expor os dados recolhidos através do questionário, bem como partilhar conhecimentos e refletir sobre as estratégias promotoras de cuidados seguros e de qualidade, no cuidado à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente/emergente e a conceção de uma proposta de Algoritmo de Atuação dos Enfermeiros perante uma pessoa em situação crítica com necessidade de cirurgia urgente/emergente, que foi apresentado e refletido no momento da formação.

3. RESULTADOS

Obteve-se 40 respostas, ao questionário aplicado. No que se refere à caracterização da nossa população, apresentamos na tabela nº.1 os dados obtidos.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica e Caracterização Profissional e Académica

Género	
Feminino	56%
Masculino	44%
Idade (anos)	
> 50	8%
41–50	10%
31–40	69%
20–30	12%
Grau académico	
Licenciatura	63%
Mestrado	37%
Enfermagem Médico-Cirúrgica	86%
Enfermagem de Reabilitação	14%
Experiência Profissional em Cuidados Intensivos (anos)	
0–5	44%
6–10	25%
11–15	17%
16–20	8%
> 21	6%

A maioria dos enfermeiros que responderam ao inquérito tinham entre 31 e 40 anos de idade, sendo que 56% são do género feminino. Dos 48 enfermeiros, 37% têm o grau académico correspondente ao Mestrado em Enfermagem, 86% em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 14% em Enfermagem de Reabilitação. É de salientar que a maioria dos

enfermeiros têm menos de cinco anos de experiência profissional em Cuidados Intensivos.

Na tabela 2 apresentamos os dados referentes às questões colocadas sobre a Perceção da Segurança do doente cirúrgico e da prevenção dos Eventos Adversos.

Tabela 2 – Perceção da Segurança do Doente Cirúrgico e da Prevenção dos Eventos Adversos

“Já preparou algum doente internado na UCI para ser submetido a cirurgia?”	
Sim	87%
Não	13%
Principais dificuldades na preparação pré-operatória da PSC internada em UCI	
Métodos de organização	28,6%
Comunicação	34,4%
Estabelecimento de prioridades	5,8 %
Transferência do doente	12%
Checklist Cirúrgica	8,6%
Equipamentos	2,9%
Contexto Emergente	2,9%
Disposição do Material	2,9%
Nada a reportar	2,9%
“Alguma vez presenciou um evento adverso no pós-operatório?”	
Sim	100%
“Tratou-se de um evento adverso evitável?”	
Sim	52%

Não	48%
Gravidade do evento adverso	
Fatal	11%
Ameaçadora de Vida	55%
Moderada	19%
Ligeira	15%
Fatores que contribuíram para a ocorrência de eventos adversos	
Problemas ergonómicos	4,2%
Protocolos inadequados	6,3%
Falha mecânica/tecnológica	10,4%
Fadiga	12,5%
Distração/falta de concentração	12,5%
Complexidade burocrática	14,6%
Falhas de comunicação	14,6%
Ambiente de stress	22,9%
Sobrecarga de trabalho	35,4%
Cenário urgente/emergente	77,1%

Uma das questões do inquérito prendia-se com as principais dificuldades na preparação de um doente internado na UCI para ser submetido a cirurgia (tabela 2), ao que a maioria aludiu à comunicação (34,4%), ao método de organização (28,6%) e aos momentos da transferência do doente para o BO (22,9%). Do mesmo modo, apurou-se que a totalidade dos enfermeiros já havia presenciado um evento adverso no pós-operatório, em que a maioria era evitável (52%) e com gravidade ameaçadora de vida (55%). O cenário urgente/emergente foi considerado o fator que mais contribuiu para a ocorrência dos eventos adversos, assim como as falhas na comunicação, essencialmente na transferência do doente da unidade de cuidados intensivos para o bloco operatório, e as falhas na organização.

4. DISCUSSÃO

A aplicação do questionário intitulado: “Promoção da segurança e prevenção de eventos adversos na pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente/emergente, foi utilizado com o objetivo de realizar um diagnóstico da situação sobre a preparação perioperatória da pessoa internada numa UCI de um Hospital de nível III, mais concretamente conhecer a cultura de segurança dos profissionais de saúde, no que concerne à preparação dos doentes para uma cirurgia urgente/emergente e através dos

achados implementar intervenções de enfermagem com o objetivo de contribuir para a prevenção de eventos adversos (EA) no período perioperatório da pessoa em situação crítica internada numa UCI com necessidade de cirurgia urgente/emergente.

Assim, de acordo com os dados obtidos, podemos aferir que encontramos outros estudos/evidência científica que corroboram com os nossos resultados. Lelis et al. (2017), através de um estudo exploratório sobre a prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico, procurou identificar os cuidados de enfermagem essenciais para a maximização da segurança cirúrgica, ao que aludiram que os principais fatores contributivos para a ocorrência de eventos adversos são: o cenário emergente, as falhas de comunicação e a falta de organização.

As emergências cirúrgicas são imprevisíveis podendo ocorrer em qualquer momento do período perioperatório. Em 2011, um estudo levado a cabo pelo *The Royal College of Surgeons of England* já afirmava que a prestação de cuidados cirúrgicos de emergência se encontrava num nível inferior ao ideal, como consequência da escassez de investimento, da pouca compreensão dos riscos inerentes, assim como dos seus efeitos associados, pelo que a morbimortalidade aumenta duas vezes mais neste tipo de cirurgia, comparativamente à cirurgia

programada. Do mesmo modo, em 2016, a *American College of Healthcare Executives* concluía que as situações de emergência conferiam um potencial acrescido de evento adverso, devido à pressão do tempo, à necessidade de multitarefa, às quebras de protocolos e ao stress provocado aos profissionais envolvidos no período perioperatório.

Também as falhas de comunicação são uma causa frequente de erros médicos e EA, sendo os períodos com maior criticidade, os momentos de transição dos cuidados. Assim, a uniformização da comunicação dentro da instituição, constitui um papel fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados. (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Perante estes factos, urge a obrigatoriedade de implementar estratégias eficazes para minimizar os riscos e garantir a segurança do doente, enaltecendo a importância da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em todo o período perioperatório Smith et al. (2016).

De acordo com Sandelin et al. (2019), a preparação pré-operatória é fundamental para o sucesso de toda a intervenção, isto porque contribui para a minimização de eventos adversos, de complicações e da morbimortalidade cirúrgica. Deve ser aplicada em todos os tipos de cirurgia, inclusive nos doentes em situação urgente/emergente, pelo maior risco de desenvolvimento de complicações no período perioperatório. No entanto, o autor sublinha que os cuidados pré-operatórios nestas situações devem ser semelhantes ao contexto eletivo, o que muitas vezes se encontram limitados pela escassez de tempo.

Para uma maior segurança perioperatória, a uniformização dos cuidados pré-operatórios trata-se de uma estratégia eficaz, principalmente nos grupos mais vulneráveis, como os idosos, doentes críticos instáveis, entre outros, tornando-se essencial a adoção de estratégias que permitam uma atuação organizada e sistematizada (Oodit et al., 2022).

Os algoritmos de atuação estão descritos como uma estratégia de padronização dos cuidados, uma vez que funcionam como fluxogramas de decisão sobre as opções clínicas a seguir, com uma sequência de pontos chave e de informação importante sumariada, por forma a orientar a atuação de um profissional (Degasperi et al., 2020). Consoante o Instituto Nacional de Emergência Médica ([INEM], 2012), o doente instável requer intervenções céleres, precisas e organizadas, pelo que independentemente de ser uma situação de doença súbita ou de trauma, a base da abordagem destes doentes deve consistir na sequência ABCDE (A — Via Aérea; B — Ventilação; C — Circulação; D — Disfunção Neurológica; E — Exposição com controlo de temperatura), possibilitando a identificação e priorização de lesões ameaçadoras de vida.

Neste sentido, e face à necessidade premente de desenvolvimento de um método de organização da preparação do doente crítico para cirurgia urgente/emergente e pela inexistência de fluxogramas alusivos a esta temática na literatura, construímos uma proposta de algoritmo de atuação dos enfermeiros (Figura 1) perante uma PSC com necessidade de cirurgia urgente/emergente, adaptado à realidade da UCI, sustentado na evidência científica, principalmente no que concerne à abordagem ABCDE e aos princípios básicos de preparação perioperatória.

Além da falta de organização dos cuidados, a comunicação ineficaz foi também eleita como um dos principais fatores para a ocorrência de EA na UCI em estudo. A transmissão de informação em enfermagem tem como objetivo a continuidade dos cuidados ao doente, através da transferência de informações relevantes e precisas sobre a situação clínica do doente, tratamentos instituídos, cuidados de saúde necessários, avaliação e evolução clínica, assim como o planeamento, antecipando riscos ou focos de instabilidade. A informação irrelevante, repetitiva ou perdida, tem sido identificada como dos principais fatores associados a uma comunicação ineficaz (Caselhas, 2020).

Segundo a The Joint Commition (2017), os EA são uma realidade e a comunicação ineficaz é um dos principais fatores. O relatório emitido aponta a comunicação como um pilar crucial para a segurança do doente e recomenda a utilização de um sistema padronizado de transmissão de informação, para minimizar erros e melhorar os outcomes dos doentes.

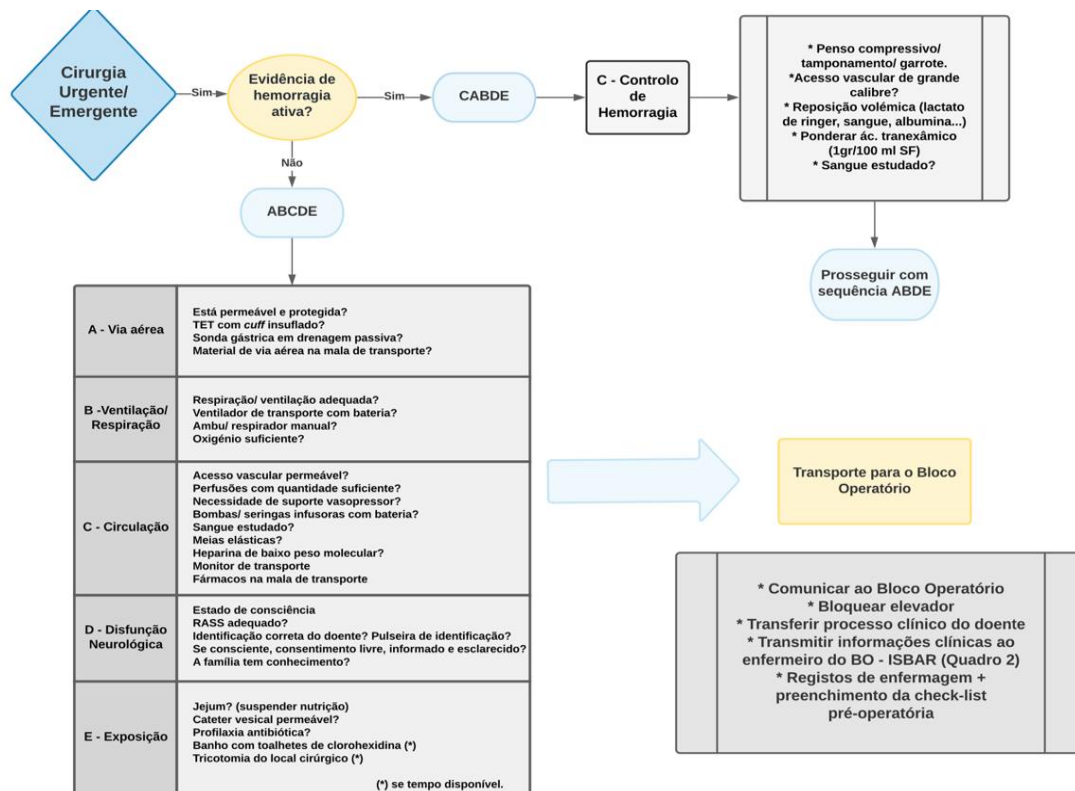
Em 2017, através da Norma n.º 001/2017, a DGS esclarece que as instituições de saúde devem cumprir com a mnemónica de comunicação ISBAR, que consiste num auxiliar de memória, de fácil execução, em que a partir de formas simples permite memorizar construções complexas. É também considerada uma estratégia de compreensão de mensagens, pela sua metodologia simples, flexível, concisa e clara, além de contribuir para uma rápida tomada de decisão, para o desenvolvimento do pensamento crítico, reduzindo o tempo na transferência de informação.

Esta mnemónica é recomendada por diversas organizações de saúde como *The Agency for Healthcare Research and Quality*, *Institute for Healthcare Improvement* e *Institute of Medicine* pois permite ser utilizada em diferentes contextos, no entanto tem especial prioridade os momentos críticos ou

vulneráveis da prestação de cuidados, uma vez que são momentos de alto risco e de grande exigência em relação a uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (DGS, 2017).

Assim, a mnemónica ISBAR trata-se de uma fórmula estruturada em 5 secções que possibilitam que a informação seja transmitida de modo conciso e focado, com o nível certo de detalhe, contribuindo para uma comunicação efetiva (NHS Improvement, 2018).

Desta forma, a mnemónica ISBAR pode ser agrupada ao algoritmo de preparação da PSC submetida a cirurgia urgente/emergente, já que facilita a sumarização de eventos ocorridos, de cuidados prestados, além a identificação correta de todos os intervenientes, no momento da transferência do doente para o Bloco Operatório, somente através da memorização das letras que compõem a referida mnemónica. Desta forma, apresenta-se uma adaptação da mnemónica ISBAR descrita na Norma n.º 001/2017, sob a forma de um quadro ajustado à necessidade de transferência de uma pessoa em situação crítica da Unidade de Cuidados Intensivos para o Bloco Operatório (Figura 2).

Figura 1 – Algoritmo de atuação do enfermeiro para preparação da pessoa em situação crítica, para ser submetida a cirurgia urgente/emergente**Figura 2 –** Mnemónica ISBAR para transferência da pessoa em situação crítica da Unidade de Cuidados Intensivos para o Bloco Operatório

	I - Identificação	S – Situação Atual	B – Antecedentes/ Background	A - Avaliação	R - Recomendações
	Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor), assim como do doente a que se refere a comunicação.	Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	Sumarização de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes.	Informações sobre o estado do doente, terapêutica farmacológica e não farmacológica instituída, estratégias de tratamento, alterações do estado saúde significativas.	Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.
Mnemónica ISBAR	❖ Identificação do doente; ❖ Nome e função do profissional de saúde do SMI; ❖ Nome e função do profissional de Saúde do Bloco Operatório; ❖ Serviço de origem/destinatário; ❖ Identificação da pessoa significativa/ cuidador informal.	❖ Data e hora de admissão no SMI; ❖ Diagnóstico de admissão no SMI; ❖ Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar; ❖ Procedimento cirúrgico a ser realizado.	❖ Antecedentes pessoais e clínicos, terapêutica de ambulatório; ❖ Níveis de dependência; ❖ Existência de diretivas antecipadas de vontade; ❖ Alergias conhecidas; ❖ Hábitos relevantes (tabágicos, etilismo, etc) ❖ Técnicas invasivas realizadas, suporte vasopressor, medidas de estabilização efetuadas (penso compressivo/ imobilização, etc); ❖ Preparação pré-operatória: jejum, profilaxia antibiótica, etc...	❖ Problemas ativos; ❖ Terapêutica farmacológica e não farmacológica administrada; ❖ Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; ❖ Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.	❖ Indicação do plano de continuidade de cuidados; ❖ Informação sobre a existência de sangue estudado; ❖ Referenciação da necessidade de monitorização e/ ou vigilância de alguma alteração do estado clínico do doente (ex: diurese, ferida, etc...).

5. CONCLUSÃO

No período perioperatório, torna-se importante ressaltar que o doente é o protagonista, ou seja, o centro de toda a prestação de cuidados, uma vez que se encontra temporariamente vulnerável, devido ao stress inerente a toda complexidade do ambiente cirúrgico. Deste modo, é imperativo que sejam implementadas estratégias eficazes para minimizar os riscos e garantir a segurança do utente, pelo que os profissionais devem aprimorar a eficácia da prestação de cuidados, através de uma abordagem colaborativa entre uma equipa multidisciplinar, o qual a comunicação e a prática devem ser combinadas com os conhecimentos técnicos e científicos, contribuindo para melhores outcomes cirúrgicos. Ao concluir este estudo estamos cientes que os objetivos propostos foram alcançados. Foi evidenciado que a segurança do doente é um dever de todos os profissionais de saúde, em que o enfermeiro possui um papel primordial na prevenção da ocorrência dos eventos adversos, isto porque é o profissional responsável pela preparação perioperatória, planeando e implementando cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade de cada doente. A proposta de algoritmo aliado à mnemónica ISBAR, pretende constituir um instrumento facilitador das boas práticas em Enfermagem, sendo uma mais-valia para a orientação da atuação do enfermeiro perante pessoa em situação crítica com necessidade de cirurgia emergente.

REFERÊNCIAS

- American College of Healthcare Executives (2016). Leading a culture of safety: a blueprint for success. *Recommended Practices for Safety and Health Programs*. <https://www.osha.gov/shpguidelines/docs/Leading a Culture of SafetyA Blueprint for Success.pdf>
- Batista, J., Cruz, E., Alpendre, F., Rocha, D., Brandão, M. & Maziero, E. (2019). Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. 1–9. DOI: 10.1590/1518-8345.2939.3171
- Carvalho, C. (2020). *Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos* [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.
- Caselhas, S. (2020). ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.
- Degasperi, A.; Lohmann, P.; Costa, A. & Lavall, E. (2020). O uso de protocolos nas unidades de urgência e emergência: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9 (11). DOI: 10.33448/rsd-v9i11.10140
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma n.º 001/2017). DGS.
- Faria, L., Moreira, T., Carbogim, F. & Bastos, R. (2022). Effect of the Surgical Safety Checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 49. 1–12. DOI: 10.1590/0100-6991e-20223286
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Emergências. Trauma — Manual TAS* (1.ª ed.). INEM.
- Lelis, L., Amaral, M. & Oliveira, F. (2017). Prevenção de Eventos Adversos relacionados ao procedimento cirúrgico: uma prática da enfermagem. *Revista Científica FacMais*, 11 (4). 174–195.
- McNamara, C., Markey, K., O'Donnell, C., Murphy, J. & O'Brien, B. (2022). Factors that enhance compliance with the surgical safety checklist. *British Journal of Nursing*, 31 (21). 1080–1086. DOI: 10.12968/bjon.2022.31.21.1080
- Nel, D., Kloppers, C.; Rayamajhi, S. & Klopper, J. (2020). Logistical Factors associated with adverse outcomes following emergency surgery in an acute care surgical unit. *European Journal of Trauma and Emergency*

Surgery, 46. 377–382. DOI: 10.1007/s00068-018-01064-3

NHS Improvement. (2018). *Service Improvement and Redesign tools SBAR communication too—situation, <https://improvement.nhs.uk/resources/qualityservice-improvement-and-redesign-qsir-tools/>*

Oodit, R.; Biccard, B.; Panieri, E.; Alvarez, A.; Sioson, M.; Maswime, S. et al (2022). Guidelines for Perioperative Care in Elective Abdominal and Pelvic Surgery at Primary and Secondary Hospitals in Low– Middle-Income Countries (LMIC's): Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendation. *World Journal of Surgery*, 46. 1826–1843. DOI: 10.1007/s00268-022-06587-w

Relvas, R. (2018). *Implementação e organização na formação em serviço na USF SALUS* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Sandelin, A.; Kalman, S. & Gustafsson, B. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork—Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 28 (13–14). 2635–2643. DOI: 10.1111/jocn.14850

Smith, A., Kisiel, M. & Radford, M. (2016). *Oxford handbook of surgical nursing*. Oxford University Press.

The Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 58, 1–6. <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf>

The Royal College of Surgeons of England (2011). *Emergency Surgery—standards for unscheduled surgical care*. Hobbs the Printers.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

SATISFAÇÃO DO CLIENTE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA ALVO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE

SATISFACTION OF CLIENTS FROM THE AUTONOMOUS REGION OF MADEIRA RECEIVING REHABILITATION NURSING CARE AT THE HEALTH CENTER

[10.29073/jim.v4i1.745](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.745)

Receção: 30/04/2023 Aprovação: 08/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Sónia Freitas ^a; Bruna Gouveia ^b; Élvio Jesus ^c; Merícia Bettencourt ^d;

^a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; scarinac@hotmail.com; ^b Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; bgouveia@esesjcluny.pt; ^c Universidade Católica Portuguesa; elviohjesus@gmail.com; ^d Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; mbettencourt@esesjcluny.pt;

RESUMO

Enquadramento: A satisfação com os cuidados de saúde prestados à pessoa, é considerada um importante indicador no domínio da qualidade dos cuidados, baseada na perceção e valorização dos cuidados que lhe são prestados, considerando as suas necessidades e expectativas. Como indicador permite monitorizar a qualidade dos serviços de saúde, com repercussões na sua planificação, avaliação e melhoria contínua.

Objetivo: Avaliar o nível de satisfação dos clientes da Região Autónoma da Madeira, alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação nos centros de saúde do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira.

Método: Estudo quantitativo, transversal, exploratório-descritivo. Amostra constituída por 130 clientes adultos da Região Autónoma da Madeira, alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos centros de saúde do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. Nível de satisfação avaliado através da aplicação do formulário de avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde — SUCECS26.

Resultados: Dos clientes participantes, 80% são do sexo feminino, 59,2% idosos, 59,2% são casados ou em união de facto, a sua maioria detém o primeiro ciclo de escolaridade (66,2%) e são reformados ou inválidos (63,1%). Os motivos de recurso aos cuidados foram maioritariamente os problemas ortotraumatológicos (62,3%). O seu nível de satisfação global é de 91,33%.

Conclusão: O nível de satisfação dos clientes da Região Autónoma da Madeira, alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos centros de saúde do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira é elevado. Este estudo constitui um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-Chave: Satisfação do Cliente; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Centro de Saúde; Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira.

ABSTRACT

Background: Satisfaction with the care provided to the person is considered an important indicator of quality of care, based on the perception and appreciation of the care provided to the person, considering his/her needs and expectations. As an indicator, it allows monitoring the quality of health services, with repercussions in their planning, evaluation and continuous improvement.

Objective: To assess the level of satisfaction of clients in the Autonomous Region of Madeira who receive rehabilitation nursing care in the health care centers of the Health Service of the Autonomous Region of Madeira.

Method: Quantitative, cross-sectional, exploratory-descriptive study. The sample comprised 130 adult clients from the Autonomous Region of Madeira, who received rehabilitation nursing care in the health care centers of the Health Service of the Autonomous Region of Madeira.

Level of satisfaction assessed through the application of the Satisfaction of Users with Nursing Care at the Health Care Centre — SUCECS26 evaluation form.

Results: Of the participating clients, 80% are female, 59.2% are elderly, 59.2% are married or cohabiting, most have completed the first cycle of schooling (66.2%) and are retired or disabled (63.1%). The reasons for seeking care were mostly orthotraumalogic problems (62.3%). Their overall satisfaction level was 91.33%.

Conclusion: The level of satisfaction of clients in the Autonomous Region of Madeira, who receive rehabilitation nursing care in health centers of the Health Service of the Autonomous Region of Madeira is high. This study is an indicator of the quality of care provided.

Keywords: Patient/Client Satisfaction; Rehabilitation Nursing Specialist Nurse; Health Care Center; Health Care Service of the Autonomous Region of Madeira.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se valorizado a experiência dos clientes com os cuidados de saúde de uma forma geral, e em particular com os cuidados de enfermagem, pois a avaliação e definição dos cuidados pelos clientes são fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e a sua importância tem alcançado novos patamares (Oliveira, 2018).

A opinião do cliente é cada vez mais respeitada no domínio científico para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde e da avaliação da eficácia das medidas corretivas que se têm vindo a implementar no sistema nacional de saúde, contemplando, assim, um indicador relevante e significativo na área da qualidade dos cuidados com repercussões na planificação e avaliação dos mesmos e consequentemente a sua melhoria (Lourenço, 2008; Gomes, 2008; Bernardo & Lucas, 2020).

As pesquisas e os primeiros estudos sobre a satisfação na área da saúde e dos clientes, teve os seus primórdios na década de sessenta nos Estados Unidos da América (EUA) e na Inglaterra. Posteriormente, nos anos oitenta, obteve grande popularidade tanto na Europa como nos EUA, começando a ser vista como importante indicador da qualidade dos serviços de saúde e a ser implementada no setor público em todo o mundo, assumindo-se, desde há vários anos, como uma das áreas essenciais para a apreciação da qualidade dos cuidados de saúde (Turrís, 2005; Franco & Florentim, 2006; Sousa, 2007; Lourenço, 2008; Oliveira, 2012; Hollanda et al., 2012; Santos et al., 2017; Oliveira, 2018).

A qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde está diretamente ligada à satisfação dos clientes (Medeiros et al., 2010), sendo ambos conceitos, qualidade dos serviços e satisfação do cliente, alvo de várias definições, muitas vezes interrelacionadas, envolvendo múltiplas dimensões e subjetividades, sendo geralmente aceites como indicadores importantes para avaliar os cuidados de saúde prestados (Pisco, 2005). Assim, a definição de qualidade tendo em conta a sua complexidade, diferentes conceções e melhoria contínua, é deveras desafiante, pelo que avaliar a qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação contínua e pertinente das instituições de saúde além de que os clientes têm expectativas cada vez mais elevadas e são cada vez mais exigentes (Melo, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2005, aludia que a satisfação dos clientes em relação aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador de qualidade dos cuidados prestados, cuja opinião é também uma oportunidade de participação e envolvimento no progresso de um serviço de saúde à sua medida, baseado na perceção e valorização dos cuidados que lhe são prestados, de acordo com as suas necessidades e expectativas. Em 2012, referia tal indicador, a satisfação, como uma das categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Os estudos sobre a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem tornaram-se relevantes como um contributo fundamental

para identificar a especificidade dos cuidados de enfermagem (Green & Davis, 2005). Tem sido um foco de investigação, contudo, ainda se debate a dificuldade em definir o seu conceito, pela sua natureza multidimensional e pela não existência de um instrumento de colheita de dados universal que permita a comparação entre serviços de saúde (Loureiro & Charepe, 2018).

A satisfação assenta num conceito subjetivo, sendo perspectivada de vários ângulos, assumindo diferentes significados em diferentes contextos, complexo e multidimensional, dinâmico, determinado pela qualidade dos cuidados prestados e resultando da avaliação concebida pelo sujeito em função da realização das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos do cliente perante os cuidados. Envolve fatores físicos, emocionais, mentais, sociais e culturais, sujeito a mutações constantes, correspondendo a um estado interno que pressupõe elementos afetivos e cognitivos na avaliação dos recursos e respostas do meio às necessidades do indivíduo (Lopes, 2012; Ribeiro, 2003).

Na última década as avaliações de estudos sobre a satisfação dos clientes ganharam um largo reconhecimento como uma medida de qualidade (Conselho Técnico USF Saúde Oeste, 2019), sendo a satisfação dos clientes, um precioso indicador que permite a avaliação da qualidade na prestação dos cuidados de saúde com a deteção de possíveis lacunas e consequente desencadeamento de estratégias de melhoria (Umbelino, 2016). Demonstram os benefícios e as dificuldades na resposta dos serviços de saúde às necessidades e expectativas dos clientes, cuja análise da satisfação se consubstancia como um importante instrumento no planeamento e organização da assistência, com vista à adequação da resposta às necessidades dos clientes (Rosa et al., 2011).

A nível internacional, vários estudos foram realizados para determinar o nível de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem. Por exemplo, estudos feitos na Arábia (Atallah et al., 2013), Malásia (Wai et al., 2013), Brasil (Freitas et al., 2014; Santos et

al., 2017) evidenciaram que a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem é elevada (Bernardo & Lucas, 2020).

Em Portugal, são vários os estudos que abordam a satisfação das pessoas atendidas pelo SNS, sendo utilizadas diferentes dimensões para avaliar a qualidade dos cuidados prestados, quer em contexto hospitalar quer em contexto de CSP. A satisfação aparenta depender do tipo de cuidados prestados e do contexto em que ela é estudada, e pode estar associada às características das pessoas, dos profissionais de saúde, do relacionamento profissional de saúde enfermeiro/pessoa, de fatores estruturais e de localização (Alves, 2012).

Ribeiro (2003) através de um estudo que desenvolveu, criou um instrumento denominado SUCECS26 — satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no CS, o qual avalia a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, atendidos no CS segundo seis dimensões: qualidade na assistência, individualização da informação, envolvimento do cliente, informação dos recursos, formalização da informação e promoção de elo de ligação, obtendo um nível de satisfação global dos clientes participantes de 66,5%.

A satisfação do cliente é um dos elementos fundamentais da qualidade, inserido no processo de avaliação dos serviços de saúde (Xesfingi & Vozikis, 2016; Manzoor et al., 2019; Ng & Luck, 2019). Os questionários de satisfação aplicados aos clientes têm sido uma ferramenta utilizada para avaliar o cuidado na sua perspetiva e são uma componente essencial de qualquer programa de monitorização e melhoria da qualidade. A experiência do cliente é uma medida do aspeto relacional e funcional do cuidado (Kumah et al., 2017; Henker et al., 2018; Machado 2019).

O cliente tem papel fundamental no processo de avaliação da assistência, caracterizando-se como fonte de opiniões e sugestões, que naturalmente auxiliam na mensuração da satisfação, contribuindo para o processo de melhoria dos serviços oferecidos.

Quanto aos determinantes da satisfação dos clientes, Ribeiro (2003) evoca que é consensual que o conceito de satisfação é de difícil operacionalização, dada a sua natureza multidimensional, sendo que a avaliação da satisfação dos clientes, devem incluir várias dimensões, pois depende de fatores como as características sociodemográficas, estado físico e psicológico, atitudes e expectativas relacionadas com os cuidados, assim como a estrutura, o processo e o resultado dos cuidados. Para a mesma autora, a satisfação pode ainda ser influenciada por variáveis, cuja influência direta ou indireta é desconhecida, e, sobre as quais o investigador não tem qualquer controlo, mas que podem ser determinantes para os resultados dos estudos no âmbito da satisfação dos indivíduos, independentemente do seu estatuto e função social, da sua cultura e da sua implantação geográfica, entre outros aspetos.

Corroborando esta ideia, Lopes (2012) e Coelho (2013) salientam as características inerentes à pessoa como domínios sociodemográficos (idade, sexo, nível socioeconómico, nível educacional, e religião) a influência do ambiente na pessoa, a importância da comunicação e informação durante o internamento, a relação entre enfermeiro, cliente e família e as expectativas em relação aos cuidados de enfermagem.

As variáveis sociodemográficas como a idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil e classe social, exercem influência direta na satisfação dos clientes, comparável à própria prestação dos cuidados de saúde (Brito, 2015), assim como a experiência anterior de internamento (Santos et al., 2017; Mulugeta et al., 2019) ou fatores relacionados com o cliente (residência, história prévia de internamento) e com o contexto (disponibilidade, comportamento dos enfermeiros e ambiente físico circundante) (Bernardo & Lucas, 2020).

Outro fator determinante na satisfação dos clientes com os cuidados recebidos, com base em alguns estudos referidos por Oliveira (2012) está relacionado com a comunicação e a informação dada aos clientes, aspetos tidos como mais importantes para que as pessoas se sintam satisfeitas.

A avaliação da satisfação do cliente tem sido para as instituições de saúde uma estratégia para compreender os fatores que influenciam a perceção da qualidade do cuidado, assim como as suas variáveis preditoras (Bernardo & Lucas, 2020).

Considerando o contexto de prática deste estudo, importa frisar que os CSP constituem o local de primeiro contacto do indivíduo, família e comunidade. Permite a aproximação da assistência de saúde, e acompanha global e longitudinalmente todo o processo saúde-doença, que contempla a promoção da saúde e a prevenção da doença e não apenas a cura de doença pontual (Chaves 2006; Biscaia et al., 2008; Declaração de Astana, 2018). Como ciência, a ER evoluiu no sentido do cuidar holístico, procurando dar resposta aos desafios colocados pelas pessoas, dado o seu passado e futuro, crenças, desejos, expectativas e necessidades que influenciam e determinam as suas experiências no continuum saúde/doença (Martins & Dias, 2010), atuando em todas as faixas etárias, ao longo do ciclo de vida, centrando-se no indivíduo, na família e comunidade, visando a sua satisfação de acordo com as suas necessidades, decisões e expectativas (Lopes, 2012).

Assim, o EEER assume junto do cliente e dos seus cuidadores, um papel de educação, orientação, aconselhamento, referência e liderança, sendo responsável por gerir os cuidados de enfermagem, com o objetivo de promover práticas de qualidade, seguras e eficazes e garantir a satisfação do cliente (Rocha, 2011). Como refere Gomes (2008, p.224) “os Enfermeiros de Reabilitação, são importantes na equipa de saúde e uma mais-valia para os cuidados e satisfação dos utentes”.

A ER está presente, desde há alguns anos, nos CSP, com os enfermeiros a prestar cuidados especializados. A ER mais do que uma especialidade de enfermagem, “pode ser uma estratégia de assistência na configuração deste novo paradigma de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2010, p.26). O seu contributo, no contexto dos CSP, permite ao indivíduo o desenvolvimento de habilidades e

capacidades funcionais, a recuperação e o desenvolvimento da autonomia, a reintegração familiar e social, sem nunca o excluir do seu contexto sociofamiliar.

O seu papel é extremamente importante na satisfação do cliente com os cuidados de saúde que lhe são prestados. Contemplam a perspetiva holística, o respeito da pessoa como ser biopsicossocial, valorizando-a como pessoa única e insubstituível, com características e vontade próprias, elementos importantes para a satisfação dos clientes no que concerne os processos de prestação de cuidados, uma vez que estes constituem a maioria dos profissionais de saúde nas diferentes equipas e contactam diária e frequentemente com clientes, pelo que a satisfação dos clientes resulta da relação entre as suas expectativas relativamente aos cuidados de enfermagem e a perceção dos cuidados efetivamente recebidos (Bernardo & Lucas, 2020).

O conceito de satisfação do cliente com os cuidados de saúde é deveras um processo complexo, subjetivo, multidimensional, dinâmico e cultural, que oscila entre as expectativas, as perceções e experiência do cliente referentes aos cuidados prestados, onde o cliente evoca um julgamento face à qualidade dos cuidados recebidos.

Neste processo dinâmico, questionou-se sobre o domínio da satisfação do cliente da RAM, alvo de cuidados de ER como fator inerente à qualidade dos cuidados. O desenvolvimento deste estudo de investigação, de caráter inédito no contexto regional da RAM, permitiu, pela primeira vez, caracterizar a ER, no que se refere à satisfação do cliente da RAM, alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM.

Neste sentido, visou responder à questão de investigação: “Qual o nível de satisfação dos clientes da Região Autónoma da Madeira alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação nos CS?”, tendo como objetivo geral avaliar o nível de satisfação dos clientes da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, de natureza quantitativa.

Atendendo à questão de investigação — “Qual o nível de satisfação dos clientes da RAM, alvo de cuidados de ER nos CS?”, optou-se por definir como objetivo geral: Avaliar o nível de satisfação dos clientes da RAM, alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM e como objetivos específicos: Descrever as características sociodemográficas dos clientes da RAM, alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM; descrever o nível de satisfação dos clientes da RAM, alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM, e analisar a relação existente entre os níveis de satisfação dos clientes da RAM, alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM e algumas características sociodemográficas.

A população alvo contemplou os clientes adultos da RAM, alvo dos cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM.

Para a seleção da amostra optou-se pelo método de amostragem não probabilística acidental (Fortin, 2009), selecionando os clientes adultos da RAM, alvo dos cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM no dia 5 de junho de 2019, que satisfaziam os seguintes critérios de inclusão: idade igual e superior a 18 anos, à data de 5 de junho de 2019, aceitar (consentimento informado, livre e esclarecido) e ter disponibilidade para responder ao questionário. Como critérios de exclusão considerou-se: Clientes da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM, cuja aplicação do teste de Mini-Mental (Mini Mental State Test Examination—MMSTE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994) revelasse a presença de défice cognitivo.

Para o apuramento da população alvo de estudo, realizou-se um levantamento, junto dos EEER, do número total de clientes da RAM, alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM no dia 05 de junho de 2019, obtendo-se uma população de 167 participantes. Após a aplicação dos critérios de

exclusão no momento da colheita de dados, obtivemos 130 participantes que cumpriram com os critérios de inclusão descritos anteriormente.

Considerou-se como variável em estudo: “A satisfação do cliente da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARM, prestados pelos EEER”.

Quanto às variáveis de caracterização, consideraram-se aquelas referentes à caracterização sociodemográfica da população em estudo: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, concelho de residência, motivo de procura de cuidados de ER e percepção sobre a saúde atual.

O instrumento de colheita de dados contemplou um questionário estruturado em duas partes distintas, sendo ambas preenchidas pelo investigador através de entrevista.

A primeira parte é composta por questões de cariz sociodemográfico e clínico, elaboradas para o efeito pelo investigador (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, concelho de residência; motivo de procura de cuidados de ER e percepção sobre saúde atual).

Segunda parte constituída pelo Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde — SUCECS26 (Ribeiro, 2003), instrumento validado para a população portuguesa.

Este formulário desenvolvido e validado por Ribeiro, em 2003, permite sistematizar a avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, em qualquer contexto de CSP em Portugal.

O formulário SUCECS26 contempla 26 questões, organizadas em seis dimensões: qualidade na assistência, individualização da informação, envolvimento do utente, informação dos recursos, formalização da informação e promoção de elo de ligação.

A cada questão está associada uma escala de alternativa múltipla (tipo Likert), para apreciação do grau de satisfação ou

insatisfação ou da frequência com que ocorria determinada atividade por parte dos enfermeiros. A escala está graduada de 0 a 3, em que o valor (0) corresponde a “Não se aplica/Sem opinião” relativamente ao conteúdo manifesto da questão. Num conjunto de questões, utiliza-se como critério de medida uma escala que varia entre os (1) “Nunca”, (2) “Às vezes”, (3) “Sempre”. Noutro conjunto de questões o valor (0) corresponde igualmente a “Não se aplica/Sem opinião”, (1) “Insatisfeito”, (2) “Nem satisfeito/Nem Insatisfeito”, (3) “Satisfeito”, dependendo do seu conteúdo, embora todas se reportem diretamente à satisfação dos clientes alvo de cuidados de ER nos CS.

Ribeiro (2003), após a construção do formulário, validou a sua consistência interna através do coeficiente de Alpha de Cronbach. O instrumento revelou valores de Alpha aceitáveis, cujo Alpha total foi de 0,892. A validade de constructo, foi realizada pelo recurso à análise fatorial tendo sido identificados seis fatores para o SUCECS26.

Assim, o valor do coeficiente de Alpha de Cronbach obtido, permite afirmar que o conjunto das questões são indicadores válidos para avaliar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem nos CS. Importa frisar que este instrumento já foi utilizado em outros estudos que confirmaram a sua validade e fiabilidade.

As considerações éticas de acordo com as diretrizes éticas nacionais e internacionais para a área da investigação, foram validadas pela comissão de ética para a saúde do SESARAM, EPERAM e aprovadas pelo Conselho de Administração do SESARAM, EPERAM (PARECER n.º 25/2019).

Solicitou-se à autora Ribeiro (2003) autorização para a sua utilização no âmbito deste estudo de investigação, com parecer favorável.

Entre os requisitos éticos a considerar incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a relação risco-benefício, a garantia do respeito pelos direitos dos participantes, como a participação voluntária, liberdade de desistência da participação, consentimento

informado, esclarecido e livre, bem como a privacidade, o seu anonimato, confidencialidade e proteção dos dados em todas as fases do estudo.

O tratamento de dados, foi efetuado com recurso a uma base de dados criada para este estudo, através do software Microsoft® office Excel®.

Precedeu-se à estatística descritiva (frequências absolutas (n), frequências relativas (%), média, mediana e desvio padrão), e inferencial com a aplicação do teste de Mann-Whitney U, correlação de Spearman e teste Kruskal Wallis (Fortin, 2009; Marôco, 2018; Polit & Beck, 2018; Carús & Fernandes, 2021).

Para o tratamento, processamento e análise de dados, recorreu-se ao software de cálculo estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 26.0.

3. RESULTADOS

No presente estudo participaram 130 clientes adultos, da RAM alvo dos cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM.

Quanto à variável sexo, de acordo com a tabela 1, a amostra em estudo ($n=130$) é constituída, maioritariamente, por elementos do sexo feminino, 80,00% ($n=104$), sendo os restantes 20,00% ($n=26$) do sexo masculino.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes em função da variável sexo

Sexo	n	%
Masculino	26	20,00
Feminino	104	80,00
Total	130	100,00

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à idade, conforme tabela 2, verificamos que a maior percentagem de participantes, 59,20% ($n=77$), se encontra no grupo etário cuja idade é igual ou superior a 65 anos de idade. Com uma representatividade inferior encontra-se o grupo etário dos adultos, cuja idade se situa entre os 18 e os 64 anos,

correspondendo a 40,80% ($n=53$) dos participantes.

A idade dos participantes no estudo variou entre os 22,15 e os 92,32 anos, sendo a média de 67,35 anos, a mediana 68,03 e o desvio padrão 12,57 anos.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes em função da idade

Grupo etário	n	%
Adultos (18–64anos)	53	40,80
Idosos (≥ 65 anos)	77	59,20
Total	130	100,00

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao estado civil, pela análise da tabela 3, constata-se que 59,20% dos participantes é casado (a) ou união de facto ($n=77$) seguindo-se os participantes viúvos (as) (26,20% $n=34$).

Com representatividades inferiores, surgem o estado civil de solteiro (a) (9,20% $n=12$) e de divorciado (a) ou separado (a) (5,40% $n=7$).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes em função do estado civil

Estado civil	n	%
Solteiro(a)	12	9,20
Casado(a)/União de Facto	77	59,20
Divorciado(a)/Separado(a)	7	5,40
Viúvo (a)	34	26,20
Total	130	100,00

Fonte: Elaboração própria

Em relação as habilitações literárias dos participantes, pela tabela 4, denotamos que são, predominantemente baixas. 66,20% (n=86) dos participantes tem o 1.º ciclo, com

uma menor representatividade encontram-se os participantes com o ensino secundário (8,50% n=11). Uma pequena minoria detém um grau académico superior (2,30% n=3).

Tabela 5 – Distribuição dos participantes em função das habilitações literárias

Habilitações literárias	n	%
Não sabe ler ou escrever	15	11,50
1.º Ciclo do Ensino Básico	86	66,20
2.º e 3.º Ciclo do Ensino Básico	15	11,50
Ensino Secundário	11	8,50
Ensino Superior	3	2,30
Total	130	100,00

Fonte: Elaboração própria

Quanto à situação profissional dos participantes, a maioria é reformada ou inválida 63,10% (n=82), 17,70% (n=23) dos participantes são trabalhadores por conta de outrem, 12,30% (n=16) são domésticas e 3,80% (n=5) encontram-se desempregados e apenas 3,10% (n=4) dos participantes trabalham por conta própria.

Relativamente à distribuição dos participantes em função do concelho, com maior representatividade corresponde ao concelho do Funchal (22,30% n=29), seguindo-se os concelhos de Machico (20,00% n=26), Santana (12,30% n=16), Câmara de Lobos e Santa Cruz (11,50% n=15). Com representatividade inferior, surgem os concelhos da Ponta do Sol (8,50% n=11), da Calheta (7,70% n=10) e com menor representatividade (6,20% n=8) o concelho da Ribeira Brava.

Quanto aos motivos dos participantes para o recurso aos cuidados de ER, constata-se que o motivo, com maior representatividade, corresponde a problema ortotraumatológico

(62,30% n=81), seguindo-se do problema neurológico (16,90% n=22) e do problema respiratório (13,10% n=17). Com representatividade inferior, salienta-se o problema cardíaco (9,20% n=12). Com menos representatividade, a cirurgia recente representa 5,40% (n=7) dos participantes.

Relativamente à percepção sobre a saúde atual dos participantes, é notório que a percepção de “razoável” tem uma maior representatividade (38,50% n=50). Não muito diferente, a segunda maior representatividade corresponde à percepção de “fraca” (31,50% n=41). 13,90% (n=18) dos participantes considera que a sua saúde atual é “má”, enquanto 11,50% (n=15) considera que é “boa”. Com uma menor representatividade, 4,60% (n=6) dos participantes perceciona a sua saúde como “muito boa”.

Analisando a primeira parte do formulário, figura 1, relativa à variável em estudo, denotamos que a maior parte das questões tem como resposta predominante a opção “Sempre”.

Uma questão, cuja análise suscita interesse, é: “Os enfermeiros preocupavam-se em dar informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)”, que tem a percentagem

de escolha mais elevada na opção “Nunca” com 17,70% das respostas. Na análise das respostas obtidas, verifica-se que 23 participantes responderam que não lhes foi fornecida qualquer informação escrita.

Figura 2 – Distribuição da opinião dos clientes da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM: SUCECS26

Questões	NS/SO		Nunca		Às vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação?</i>	2	1,50	1	0,80	11	8,50	116	89,20
<i>Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?</i>	3	2,30	1	0,80	10	7,70	116	89,20
<i>Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?</i>	22	16,90	3	2,30	13	10,00	92	70,80
<i>Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?</i>	25	19,20	5	3,80	11	8,50	89	68,50
<i>Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?</i>	12	9,20	3	2,30	19	14,60	96	73,80
<i>Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?</i>	2	1,50	0	0,00	12	9,20	116	89,20
<i>Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?</i>	3	2,30	0	0,00	12	9,20	115	88,50
<i>Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam</i>	15	11,50	23	17,70	21	16,20	71	54,60

Questões	NS/SO		Nunca		Às vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)?</i>								
<i>Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?</i>	3	2,30	4	3,10	14	10,80	109	83,80
<i>No CS, os enfermeiros preocuparam-se em o informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas...)?</i>	6	4,60	9	6,90	10	7,70	105	80,80
<i>No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?</i>	10	7,70	11	8,50	16	12,30	93	71,50
<i>No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?</i>	4	3,10	6	4,60	11	8,50	109	83,80
<i>Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?</i>	5	3,80	7	5,40	11	8,50	107	82,30
<i>Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?</i>	2	1,50		0,80	9	6,90	118	90,80
<i>Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia?</i>	2	1,50	0	0,00	4	3,10	124	95,40
<i>Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?</i>	2	1,50	0	0,00	8	6,20	120	92,30
<i>Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?</i>	2	1,50	0	0,00	8	6,20	120	92,30
<i>Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?</i>	3	2,30	1	0,80	16	12,30	110	84,60
<i>Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos</i>	3	2,30	1	0,80	15	11,50	111	85,40

Questões	NS/SO		Nunca		Às vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
cuidados de enfermagem que lhe prestavam?								
Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados?	4	3,10	0	0,00	5	3,80	121	93,10

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à análise da segunda parte do formulário, figura 4, em que as opções de escolha variam entre o insatisfeito e satisfeito, o resultado predominante e mais representativo é o “Satisfeito” com valores na ordem dos 90,00%.

Quanto à opção “insatisfeito”, verifica-se nesta resposta apenas uma percentagem de 0,80% numa única questão, sendo ela relativa à disponibilidade dos enfermeiros.

Figura 3 – Distribuição da opinião dos clientes da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM: SUCECS26 (continuação)

Questões	NS/SO		Insatisfeito		Nem satisfeito/ nem insatisfeito		Satisfeito	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	3	2,30	0	0,00	9	6,90	118	90,80
Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	4	3,10	0	0,00	7	5,40	119	91,50
Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	2	1,50	1	0,80	11	8,50	116	89,20
Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	4	3,10	0	0,00	7	5,40	119	91,50
Relativamente ao modo como os enfermeiros	2	1,50	0	0,00	5	3,80	123	94,60

lhes prestavam os cuidados

Relativamente aos 3	2,30	0	0,00	7	5,40	120	92,30
cuidados de enfermagem no CS							

Fonte: Elaboração própria

Como se pode verificar na tabela 5, o nível de satisfação global do cliente da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM é de 91,33%.

Há três dimensões com valores médios superiores a 94,00% nomeadamente a qualidade na assistência, a individualização da informação e o envolvimento do utente.

Verifica-se que os participantes valorizam de uma forma quase unânime a “qualidade na assistência” com (96,00%), entendendo esta dimensão, a atitude do enfermeiro na prestação dos cuidados de ER, associando as questões que evidenciam a forma como os enfermeiros se relacionam com o utente.

As dimensões “individualização da informação” e “envolvimento do utente”, apresentam valores idênticos (94,67%). A individualização da informação traduz o modo como os utentes alvo de cuidados perceberam o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu, o comportamento adotado na transmissão da informação e a forma como tornam a comunicação eficaz. Por sua vez, o envolvimento do utente, traduz a ideia de que o utente se encontra satisfeito, pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve um trabalho centrado na pessoa, demonstrando disponibilidade para com ela.

A “promoção do elo de ligação” representa a terceira dimensão mais representativa (86,33%), demonstrando que os utentes estão satisfeitos com o EEER, no que se reporta à sua preocupação e à necessidade do envolvimento da família ou pessoas mais próximas no processo de cuidados, com a possibilidade de contactar o mesmo enfermeiro, constituindo um fator promotor de segurança e facilitador da utilização dos serviços de saúde.

Com uma menor representatividade, a dimensão “formalização da informação” (77,00%) traduz o facultar de informação escrita, a elucidação dos direitos e deveres dos utentes no contexto dos cuidados, de forma que a participação dos mesmos seja informada. Esta dimensão da satisfação está em consonância com o resultado apresentado na questão “Os enfermeiros preocupavam-se em dar informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)” em que 17,70% dos participantes respondeu que o ER não fornecia documentação escrita, estando, portanto, evidenciado o motivo pelo qual esta dimensão apresenta menor representatividade.

Tabela 6 – Satisfação dos clientes da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM por dimensões da SUCECS26

Dimensões	Média*	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
	$\bar{x}$	%				
<i>Qualidade na assistência</i>	2,88	96,00	3,00	0,40	0,00	3
<i>Individualização da informação</i>	2,84	94,67	3,00	0,42	0,00	3

<i>Envolvimento do utente</i>	2,84	94,67	3,00	0,45	0,00	3
<i>Informação dos recursos</i>	2,48	82,67	3,00	0,81	0,00	3
<i>Formalização da informação</i>	2,31	77,00	2,75	0,88	0,00	3
<i>Promoção do elo de ligação</i>	2,59	86,33	3,00	0,63	0,00	3
<i>Satisfação global</i>	2,74	91,33	2,89	0,43	0,00	3

* Valor médio de acordo com a escala de Likert de 0 a 3.

Fonte: Elaboração própria

Considerando a variável sexo, obtivemos valores elevados em todas as dimensões da escala SUCECS26, situando-se entre os 76,00% e os 96,33%. Verificamos que a dimensão com menor nível de satisfação é a formalização da informação (76,00%), atribuídos ao sexo feminino e a dimensão com maior nível de satisfação corresponde à qualidade na assistência igualmente no sexo feminino. De forma global, mas com valores muito próximos, são as participantes do sexo feminino que apresentam maior nível de satisfação (91,67%).

Relativamente à variável idade, observamos níveis de satisfação em todas as dimensões da escala SUCECS26, entre os 73,67% e os 98,33%. Na sua globalidade, verifica-se um nível de satisfação maior nos adultos (93,67%).

Constata-se que a dimensão com menor nível de satisfação é a formalização da informação atribuídos ao idoso (73,67%) e a dimensão com maior nível de satisfação corresponde à qualidade na assistência nos adultos (98,33%).

Verifica-se que os adultos se apresentam mais satisfeitos, nas dimensões qualidade na assistência, envolvimento do utente, informação dos recursos e formalização da informação, enquanto os idosos estão mais satisfeitos nas dimensões individualização da informação e promoção do elo de ligação.

Quanto às habilitações literárias, verifica-se níveis de satisfação global mais elevados nos participantes com o ensino secundário (95,67%) enquanto os participantes com o 2.º e 3.º ciclo do ensino básico apresentam níveis de satisfação mais baixos (85,67%).

Na dimensão qualidade na assistência e envolvimento do utente, verifica-se que os participantes com o ensino superior apresentam um nível de satisfação de 100,00% com os cuidados de ER. A informação dos recursos, formalização da informação e promoção do elo de ligação, são as dimensões em que os participantes com 2.º e 3.º ciclo do ensino básico apresentam níveis de satisfação mais baixos.

De forma a analisar em que medida as variáveis sexo, idade e habilitações literárias influenciam a satisfação dos clientes da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM, ou seja, se existe diferença ou não, estatisticamente significativa, entre estas variáveis e a satisfação, recorreu-se à técnica estatística inferencial, utilizando os testes não paramétricos, teste de Mann-Whitney U, a correlação de Spearman (ρ) e Teste Kruskal Wallis. Previamente foi testada a normalidade das variáveis, recorrendo ao teste Kolmogorov-Smirnov, não se verificando a normalidade das variáveis. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

A relação entre a variável sexo e o score médio de satisfação, foi investigada utilizando o teste de Mann-Whitney U. Através da tabela 6,

podemos observar, a satisfação global dos clientes da RAM alvo de cuidados de ER nos CS, verificando-se a não existência de

diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,53$).

Tabela 7 – Teste de Mann-Whitney U entre a variável sexo e a escala SUCECS26

	<i>n</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Sexo * SUCECS26	130	1195	0,53

Fonte: Elaboração própria

A relação entre a idade e o score médio de satisfação (avaliada pela escala SUCECS26), foi investigada utilizando a correlação de Spearman. Relembrando, análises preliminares foram realizadas e verificou-se o incumprimento dos pressupostos da normalidade. Analisando os dados da tabela 7, entre a idade e a satisfação verificou-se uma

correlação negativa muito fraca, com idades mais avançadas associadas a níveis mais baixos de satisfação, contudo, esta relação não atingiu significância estatística ($Rho = -.092$, $n=130$, $p=.296$)

Tabela 8 – Correlação de Spearman entre a variável idade a SUCECS26

	<i>n</i>	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Idade * SUCECS26	130	-.092	.296

Fonte: Elaboração própria

Para testar a relação entre as habilitações literárias e o score médio de satisfação (avaliada pela escala SUCECS26), foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Analisando os dados da tabela 8, verifica-se que as habilitações

literárias não estão relacionadas com a satisfação global dos Clientes da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM ($p=0,83$).

Tabela 9 – Teste Kruskal Wallis entre a variável habilitações literárias e SUCECS26

	<i>n</i>	<i>H de Kruskal-Wallis</i> <i>χ²</i>	<i>p</i>
Habilitações literária * SUCECS26	130	8,242	0,83

Fonte: Elaboração própria

4. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo, quanto à variável sexo, denotam que o sexo feminino representa 80% dos participantes. Os resultados apurados vão ao encontro da realidade nacional e regional, pois segundo os Censos de 2021, na população residente em Portugal predomina o sexo feminino com 52,43%, enquanto o sexo masculino corresponde a 47,57% da população. A nível regional, os censos efetuados (2021) confirmam também esta tendência, em que de igual forma, o sexo

feminino representa 53,07% da população da Madeira e o sexo masculino 46,93%.

Estes resultados, em que se verifica uma maioria dos participantes do sexo feminino, são corroborados por outros estudos realizados em Portugal em que prevalecem as mulheres como principais frequentadores dos CSP (Ribeiro, 2003; Lourenço 2008; Pimentel 2010; Costa 2011; Alves 2012; Lopes 2012; Oliveira 2012; Cruz, 2013; Ferreira, 2014; Centro de estudos e investigação em saúde da

Universidade de Coimbra 2015; Mendes, 2017).

Relativamente à idade, onde o grupo mais representativo da amostra, 59,20% são idosos, vão ao encontro dos censos de 2021, que comparativamente aos censos de 2011, apontam para a existência de uma tendência de envelhecimento demográfico a nível nacional, verificando-se o aumento da proporção de idosos na população total. Todavia, a feminização do envelhecimento é evidente, visto que em 2021, a nível nacional, as mulheres representavam 57,22% da população idosa.

A nível regional, 19,96% da população da Madeira tem 65 ou mais anos de idade, em que a percentagem de idosos do sexo feminino, 61,21%, é superior ao sexo masculino 38,79% (INE, 2021). Ou seja, o fenómeno do envelhecimento observado na população portuguesa é mais acentuado nas mulheres e aumenta à medida que se consideram idades mais avançadas.

Contrariamente, os estudos de Pimentel (2010) que avaliou a satisfação dos utentes em relação aos CS do Serviço Regional de saúde dos Açores, Cruz (2013) que estudou a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem numa unidade de saúde familiar e Ferreira (2014) que estudou a satisfação dos utentes da unidade local de saúde do Nordeste face aos cuidados de enfermagem, o grupo etário predominante eram adultos.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são casados ou vivem em união de facto, 59,20%, sendo estes resultados similares aos encontrados nos estudos de Cruz (2013) (satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem numa unidade de saúde familiar), Dinis (2013) (satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem), Ferreira (2014) (satisfação dos utentes da unidade local de saúde do nordeste face aos cuidados de enfermagem) e Ferreira e Raposo (2015) (monitorização da satisfação dos utilizadores das Unidade de Saúde Familiar (USF) e de uma amostra de UCSP), em que a maioria dos participantes são casados ou vivem em união de fato.

Contextualizando a nossa amostra a nível nacional, constatamos que, segundo os censos de 2021, 43,46% da população é solteira e não muito díspar, 40,97% é casada. A nível regional, de acordo com os Censos de 2021, o estado civil tem a mesma tendência, com maior representatividade, 45,65% da população da RAM é solteira e 38,42% é casada, contrariamente à amostra em estudo.

Relativamente às habilitações literárias dos participantes, predominam os participantes com o 1.º ciclo de escolaridade, 66,20%, sendo os detentores de um grau académico superior correspondente somente a 2,30%. A similitude destes resultados, quanto ao nível de habilitações literárias predominante, vai ao encontro dos apresentados pelo Censo de 2021 na RAM, em que o ensino básico corresponde ao nível de ensino mais elevado da população, 50,31%, em que 23,27% destes corresponde ao 1.º ciclo de escolaridade, e com menor representatividade, 14,40% da população da RAM detém um nível de escolaridade como o ensino superior.

Contrariamente ao que acontece noutros estudos como o de Cruz (2013), “satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem numa unidade de saúde familiar” os inquiridos, que constituíram a amostra em estudo, apresentaram um nível de habilitação literária superior, como o ensino secundário e superior. Contudo, nos estudos realizados por Alves (2012) sobre o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de CSP e por Ribeiro (2014) sobre os cuidados de enfermagem prestados pelas equipas de cuidados continuados integrados — satisfação dos utentes e cuidadores, a maioria dos participantes eram detentores do 1.º ciclo do ensino básico.

Perante estes achados, salienta-se que a população idosa atual, particularmente os de idade mais avançada, corresponde a um grupo em cuja infância, concluir o 1.º ciclo de escolaridade era o objetivo da maioria das crianças que frequentavam a escola e onde não existia a escolaridade obrigatória.

No que concerne a situação profissional, os resultados evidenciam uma predominância de

participantes reformados ou inválidos 63,10%, estes resultados eram expectáveis devido à predominância do grupo etário idoso. Por outras palavras, os achados estão em concordância com o grupo etário do nosso estudo, nomeadamente idosa e que refletem as limitações destes participantes, quer nas suas capacidades funcionais e ou físicas, sendo muitos deles reformados precocemente. Estes mesmos achados, cuja predominância são reformados, vão ao encontro aos do estudo realizado por Mendes (2017).

Quanto à distribuição dos clientes participantes em função do concelho, há uma predominância de dois concelhos, o do Funchal com 22,30%, e o concelho de Machico com 20,00%. Segundo os censos de 2021 na RAM, é no Funchal que se verifica a maior densidade populacional da região. No entanto, contrariamente aos dados obtidos, segue-se com maior densidade populacional, os concelhos de Santa Cruz, Câmara de Lobos, surgindo Machico em quarto lugar. Estes diferenças poderão estar relacionadas com a dotação de ER dos CS dos diferentes concelhos, com a referência ou até mesmo com a motivação dos clientes para os cuidados de ER.

A análise dos resultados relativos à aplicação do questionário SUCECS26, nos CS do SESARAM, EPERAM, permitiu avaliar a satisfação dos clientes da RAM alvo de cuidados de ER, revelando que os mesmos se encontram satisfeitos, apresentando um nível de satisfação global de 91,33%. Apraz-nos salientar, que a satisfação obtida neste estudo, comparativamente com outros estudos realizados, denota valores superiores. Em estudos que recorreram a esta escala, Ribeiro (2003) obteve uma satisfação global de 66,51%, Alves (2007) obteve uma satisfação global de 76,70% e Correia (2007) obteve um valor de 82,77%, Mendes (2017) 88,62%. Poder-se-á questionar se estes resultados estarão relacionados com a maior valorização pelos ER, nos anos mais recentes, dos aspetos que contribuem para a satisfação dos clientes.

Numa análise dimensional da escala SUCECS26, verifica-se que há três dimensões com valores médios superiores a 94,00%, nomeadamente a qualidade na assistência, a individualização da informação e o envolvimento do utente.

Relativamente à dimensão qualidade na assistência esta obteve um valor de 96,00%, sendo a dimensão mais representativa da satisfação. Já o estudo de Ribeiro (2003) revelara esta dimensão como sendo a mais representativa com um valor de 93,84%. Similarmente, com valores elevados, temos o estudo de Alves (2012) com 89,88% de satisfação relativa à qualidade na assistência. Os achados, nesta dimensão, evidenciam a forma como os enfermeiros se relacionam com os utentes, traduzindo a atitude do enfermeiro em situação de prestação de cuidados de enfermagem, determinando uma elevada satisfação com os cuidados prestados (Ribeiro, 2003).

A individualização da informação com 94,67%, valor idêntico à dimensão envolvimento do utente, correspondem às segundas mais representativas do estudo. O estudo de Alves (2012) também apresentou valores elevados nestas dimensões, embora ligeiramente superiores, 99,02% e 99,84% respetivamente, assim como o de Ferreira (2014).

Este resultado retrata, no caso da individualização da informação, a forma como os clientes alvo de cuidados de ER percecionaram o processo de comunicação que o EEER estabeleceu. Este processo de comunicação alude ao comportamento adotado pelo EEER na transmissão da informação e a forma como tornam a comunicação eficaz. A individualização da informação inclui a forma de explicar, a preocupação com a linguagem a utilizar e validar a informação transmitida (Costa, 2011), traduzindo a eficácia da comunicação entre o enfermeiro e cliente.

Quanto à dimensão envolvimento do utente, verifica-se que 94,67% dos clientes participantes valorizam a forma com os EER desenvolvem o trabalho centrado neles, demonstrando disponibilidade, considerando a

sua opinião e com conhecimento prévio da sua situação clínica.

As dimensões, promoção do elo de ligação, informação dos recursos e formalização da informação têm valores médios de 86,33%, 82,67% e 77,00% respetivamente.

Por último e não menos importante, o domínio formalização da informação revela uma satisfação mais baixa, ou seja, 77,00% dos participantes encontram-se satisfeitos com a explicação dos seus direitos e deveres e com o facultar de informação escrita por parte do EEER.

Realizando uma análise comparativa aos resultados obtidos com outros estudos realizados, com a utilização do mesmo instrumento de avaliação, como os de Ribeiro (2003) (66,51%), Alves (2007), (76,75%), Alves (2012) (85,77%), Ferreira (2014) (82,67%) Seabra (2014) (83,30%) e Mendes (2017) (88,62%), e embora alguns deles em contextos diferentes, o presente estudo apresenta valores mais elevados de satisfação (91,33%).

Destes estudos efetuados em diferentes contextos, Seabra (2014) refere que a satisfação apresenta valores mais elevados nos estudos onde os clientes apresentam situações específicas de doença/saúde, que recebem cuidados de enfermagem por uma equipa com competências específicas nessa área de cuidados, contrastando com os estudos onde o acesso é indiferenciado aos cuidados de saúde prestados por enfermeiros. Esta conclusão é fortalecida pelo presente estudo, em que os cuidados de enfermagem são prestados por uma equipa de enfermeiros especializados, que desenvolveu competências na área de cuidados de ER, o que está associado a um nível de satisfação elevada dos clientes (91,33%).

De modo a investigar os fatores determinantes da satisfação dos clientes, no que respeita aos cuidados de enfermagem, a evidência tem vindo a revelar a relação entre algumas características sociodemográficas e a satisfação dos mesmos. Desta forma, considerou-se pertinente a análise inferencial

da satisfação com as variáveis sexo, idade e habilitações literárias.

Quanto à satisfação com os cuidados de ER em função da variável sexo, aplicamos o teste de Mann-Whitney U. Os resultados obtidos, permitem-nos constatar que a satisfação global dos clientes da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM, não está relacionada com o sexo ($p=0,53$).

Contrariamente, Alves (2017) e Ferreira (2014) nos seus estudos, concluíram que existiam diferenças estatisticamente significativas atendendo ao sexo dos participantes, afirmando que as mulheres estão mais satisfeitas do que os homens. No, entanto, anteriormente, num estudo realizado por Sousa et al., (2008) as diferenças não foram estatisticamente significativas, ou seja, a relação sexo e satisfação com os cuidados de enfermagem não constituiu uma evidência. Mais recentemente, Carvalho (2013) e Mendes (2017) verificaram nos seus estudos que, apesar de as mulheres se encontrarem mais satisfeitas com os cuidados de enfermagem do que os homens, estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas.

A relação entre a idade e o score médio de satisfação, foi investigada com recurso à correlação de Spearman. Análises preliminares foram realizadas e verificou-se o incumprimento dos pressupostos da normalidade.

Analizando os achados entre a idade e a satisfação, verificou-se uma correlação negativa muito fraca, com idades mais avançadas associadas a níveis mais baixos de satisfação. Contudo, esta relação não atingiu significância estatística ($Rho = -.092$, $n=130$, $p=.296$).

Estes achados são consistentes com os obtidos por Lopes (2012), Ferreira (2014) e Mendes (2017), em que não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas da satisfação com os cuidados de enfermagem em relação à idade.

A análise inferencial, efetuada neste estudo com recurso ao teste de Teste Kruskal Wallis

para testar a relação entre as habilitações literárias e o score médio de satisfação, constatou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas. Por outras palavras, as habilitações literárias não estão relacionadas com a satisfação global dos clientes das RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM ($p=0,83$).

Em concordância com estes resultados, nos estudos de Lopes (2012), de Ferreira (2014) e de Mendes (2017) os resultados apurados demonstraram que não foram verificadas diferenças, estatisticamente significativas, entre a satisfação com os cuidados de enfermagem e as habilitações literárias. Deste modo, os resultados destes estudos, embora em contexto de cuidados de enfermagem diferentes, corroboram os nossos achados, na medida em que revelam que a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem não está relacionada com as habilitações literárias.

5. CONCLUSÃO

Atualmente, a avaliação da qualidade nos cuidados de saúde é uma realidade e, entre as várias dimensões da qualidade, a satisfação do cliente é uma área de especial relevância, tendo ganho, cada vez mais destaque na comunidade científica, e foco de investigação nas últimas duas décadas (Loureiro & Charepe, 2018), sendo atualmente uma das principais preocupações do sistema de saúde, particularmente nos países em desenvolvimento (Bernardo & Lucas, 2020).

Este estudo descreveu a satisfação dos clientes da RAM alvo de cuidados de ER, nos CS do SESARAM, EPERAM, caracterizou os mesmos clientes, bem como identificou a relação existente entre a satisfação e as características sociodemográficas dos mesmos.

Concluiu-se que as clientes da RAM alvo de cuidados de ER na comunidade — CS do SESARAM, EPERAM, são maioritariamente do sexo feminino (80%), idosos (59,2%), casados ou em união de facto (59,2%), com o primeiro ciclo de escolaridade (66,2%), reformados ou inválidos (63,1%), cujo principal motivo de recurso aos cuidados foram os problemas ortotraumatológicos (62,3%) e na sua maioria pertencem ao concelho do

Funchal (22,30%) e Machico (20,00%). O seu nível de satisfação global é de 91,33%. Não foram verificadas diferenças, estatisticamente significativas, na relação entre as variáveis sociodemográficas idade, sexo e habilitações literárias.

Os achados deste estudo permitem-nos concluir que os clientes da RAM alvo de cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM apresentam um nível de satisfação global de 91,33%.

Apesar de no presente estudo não ter sido evidenciada associação entre a satisfação dos clientes com os cuidados de ER e as variáveis sociodemográficas sexo, idade e habilitações literárias, vários outros fatores poderão estar relacionados com a satisfação, motivo pelo qual devem ser efetuados estudos prospetivos adicionais, para verificar eventuais associações e o modo como estão relacionados com a satisfação dos clientes com os cuidados de ER.

Dado que a satisfação dos clientes com as instituições de saúde é prioritária, uma vez que as necessidades e expectativas destes estão em constante transformação, a monitorização da satisfação do cliente é imprescindível para os profissionais de saúde que se preocupam com a garantia da qualidade dos serviços que prestam ao cliente. Assim, a satisfação traduz-se numa medida de qualidade fulcral para que os EEER conheçam até que ponto os clientes estão apaziguados com os cuidados que lhes são prestados.

Quanto à implicação para a prática, considera-se que este estudo científico constitui um contributo válido para o conhecimento e melhor compreensão do atual nível de satisfação dos clientes da RAM face aos cuidados de ER nos CS do SESARAM, EPERAM e preditivos da mesma.

Os resultados alcançados indicaram ainda a existência de um amplo campo para estudo, pelo que atendendo às evidências deste estudo, consideramos pertinente como implicações para a prática e investigações futuras, a realização de mais estudos neste âmbito, mas também, de forma mais ambiciosa, comparar com o ambiente

hospitalar, assim como estudar o impacto de outras variáveis passíveis de influenciar o nível de satisfação do cliente alvo de cuidados de ER nos CSP.

Almejamos que os achados da investigação, pioneira na RAM, acrescentem contributos científicos, constituindo um alicerce do conhecimento no âmbito da satisfação, originando futuras linhas de investigação e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados de ER e posicionar-se como referência para os outros contextos de prestação de cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Alves, F. (2012). O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contextos de cuidados de saúde primários (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/9295>
- Alves, M. (2007). O serviço de atendimento permanente: Satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). <https://hdl.handle.net/10216/7148>
- Atallah, M. A., Hamdan-Mansour, A. M., Al-Sayed, M. M., & Aboshaiqah, A. E. (2013). Patients' satisfaction with the quality of nursing care provided: the Saudi experience. *International Journal of Nursing Practice*, 19(6), 584–90. <https://doi.org/10.1111/ijn.12102>
- Bernardo, D., & Lucas, P. B. (2020). Satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 822–832. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.822-832>
- Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal, reformar para novos sucessos* (2.^a ed.). Padrões Culturais Editora.
- Brito, T. (2015). *Qualidade em saúde: Satisfação do utente com o serviço de urgências do Hospital de Santa Maria* (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10437/6633>
- Carvalho, M. (2013). Satisfação dos imigrantes chineses com os cuidados de saúde primários (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=23842&code=308>
- Chaves, C. 2006. Cuidados de Saúde Primários e SIDA. *Revista On-line do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 32, 108–115.
- Coelho, S. da C. S. N. (2013). A satisfação dos utentes em contexto hospitalar: O contributo dos cuidados de enfermagem recebidos pelo utente durante o internamento (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15756>
- Conselho Técnico USF Saúde Oeste. (2019). *Inquéritos de satisfação dos utentes*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10008/1031675/QUEM%20SOMOS/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20Utentes%20USF%20Sa%C3%BAde%20Oeste%202020.pdf>
- Correia, C. S. L. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.2/707>
- Costa, M. L. G. P. V. (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados* (Tese de doutoramento, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias). <http://hdl.handle.net/10437/1576>
- Cruz, C. (2013). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem numa unidade de saúde familiar* (Mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico da Guarda). <http://bdigitalipg.pt/dspace/bitstream/10314/2273/1/E%20Com%20-%20Cristina%20S%20C%20M%20Cruz.pdf>
- Dinis, S. R. (2013). *Qualidade na administração pública: O impacto da*

- certificação ISO 9001:2000 na satisfação dos municípios (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2053>
- Ferreira, C. A. S. (2014). *Satisfação dos utentes da unidade local de saúde do Nordeste face aos cuidados de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). <http://hdl.handle.net/10198/9785>
- Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2015). *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP: Relatório final CEISUC*. <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/2015.08.24-Relat%C3%B3rio%20Final-VF.pdf>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Franco, M., & Florentim, R. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista portuguesa de saúde Pública*, 24 (1), 21–35. <http://hdl.handle.net/10362/95730>
- Freitas, J. S., Silva, A. E., Minamisava, R., Bezerra, A. L., Sousa, M. R. (2014). Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 454–60. DOI: 10.1590/0104-1169.3241.2437
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação um contributo para a satisfação do utente* (Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Abel Salazar). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7275/2/Tese%20DoutoramentoBarbara.pdf>
- Green, A., Davis, S. (2005). Toward a predictive model of patient satisfaction with nurse practitioner care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(4), 139–149. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1041-2972.2005.0022.x>
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9–10. <https://www.scienceopen.com/document?vid=97d4329c-9dba-49fe-9df1db1215f3d4c5>
- Henker, H., Fox-Lewis, S., Tep, N., Vanna, D., Pol, S., & Turner, C. (2018). Healthcare workers' perceptions of an organizational quality assurance program implemented in a resource-limited setting: a qualitative study. *Health Promot Perspect*, 8(3), 179–186. <https://hpp.tbzmed.ac.ir/PDF/hpp-8-179.pdf?t=636753951873856470>
- Hollanda, E., Siqueira, S., Andrade, G., Molinaro, A., & Vaitsman, J. (2012). Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12), 3343–3352. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200019>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos: Resultados definitivos*. <https://censos.ine.pt>. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_dados_finais&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- Kumah, E., Osei-Kesse, F., & Anaba, C. (2017). Understanding and using patient experience feedback to improve health care quality: Systematic review and framework development. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 4(1), 24–31. <https://digitalrepository.aurorahealthcare.org/jpcrr/vol4/iss1/4/>
- Lopes, J. (2012). *Satisfação dos clientes com os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: contributo para a adaptação e validação do Questionário de Satisfação SNQ-10*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <http://repositorio.esenfc.pt/?url=os4UkII3>

- Loureiro, F., & Charepe, Z. (2018). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem no hospital: análise do conceito. *Cadernos De Saúde*, 10(1), 23–29. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.6787>
- Lourenço, B. M. (2008). *A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários* (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). <http://hdl.handle.net/10284/1070>
- Machado, M. A. A. C. (2019). Qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação numa UCIM: um caminho a percorrer. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo). <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2282>
- Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Shah, S. (2019). Patient satisfaction with health care services: an application of physician's behavior as a moderator. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3318. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183318>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS statistics* (7.ª ed.). ReportNumber.
- Martins, M., & Dias, M. (2010). Representação socioprofissional dos enfermeiros: percepção dos utentes. *Millenium*, 38, 253–269. <http://hdl.handle.net/10400.19/307>
- Medeiros, F. A., De Araújo-Souza, G. C., Albuquerque-Barbosa, A. A., & Clara-Costa, I. do C. (2010). Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 402–413. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300006&lng=en&tlng=pt
- Melo, V. P. de S. (2019) *Avaliação da qualidade e satisfação percebida em saúde: determinantes que influenciam a escolha de um serviço* (Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve). <http://hdl.handle.net/10884/1484>
- Mendes, S. M. P. P. (2017). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na consulta de hipertensão pulmonar* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=46535&codigo=516
- Mulugeta, H., Wagnaw, F., Dessie, G., Biresaw, H. & Habtewold, T. (2019). Patient satisfaction with nursing care in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 18, 18–27. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0348-9>
- Ng, J. H., & Luk, B. H. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient education and counseling*, 102(4), 790–796. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>
- Oliveira, A. (2012). *Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior* (Dissertação de Mestrado, ISCTE Business School — Instituto Universitário de Lisboa). <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/5027/1/Mestrado%20Oliveira.pdf>
- Oliveira, J. (2018). *O SERVQUAL nos serviços de saúde: uma revisão sistemática* (Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro). <http://hdl.handle.net/10773/25327>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 16, 53–60.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Enfermagem de reabilitação e cuidados continuados: Consolidação de premissas antigas ou um novo desafio? *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (33), 22–27.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Author.
- Pimentel, H. (2010). *Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores* (Dissertação de mestrado, Universidade dos Açores).

<https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1209/1/DissertMestradoHeliodoroJacintoFortesPimentel2011.pdf>

Pisco, L. (2005). Balanço de seis anos de IQS. *Qualidade em Saúde*, (12), 2–11.

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2018). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (9.^a ed.). Artmed Editora.

Ribeiro, A. L. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem — Construção de um instrumento de medida*. https://www.researchgate.net/profile/Ana-Ribeiro-61/publication/273704774_Satisfacao_dos_utentes_com_os_cuidados_de_enfermagem_-_Construcao_de_um_instrumento_de_medida/links/55098e340cf26ff55f85e8a9/Satisfacao-dos-utentes-com-os-cuidados-de-enfermagem-Construcao-de-um-instrumento-de-medida.pdf

Ribeiro, R. M. (2014). *Cuidados de enfermagem prestados pelas equipas de cuidados continuados integrados: Satisfação dos utentes e cuidadores* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem Porto). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9540/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Rog%C3%A9rio%20M.%20Ribeiro.pdf>

Rocha, J. (2011). *Gestão da qualidade: Aplicação aos serviços públicos* (2.^a ed.). Escolar Editora.

Rosa, R., Weis, A. & Lima, M. A. (2011). Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32, 345–351. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>

Santos, M. A., Sardinha, A. H. de L., & Santos, L. N. (2017). Satisfação dos usuários com os cuidados dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.57506>

Seabra, P. (2014). *Indicadores de resumo sensíveis aos cuidados de enfermagem com pessoas consumidoras de drogas* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa).

[http://repositorio.ucp.pt/.../TESE%20FINAL%20PAULO%20SEABRA_30_3_2015%20\(1\).pdf](http://repositorio.ucp.pt/.../TESE%20FINAL%20PAULO%20SEABRA_30_3_2015%20(1).pdf)

Sousa, M., Peixoto, M., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 59–67. <https://index-f.com/referencia/2008pdf/8-5967.pdf>

Sousa, R. (2007). *Qualidade na administração pública: O Impacto da Certificação ISO 9001:2000 na Satisfação dos Municípios* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho).

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7020>

Tomás Carús, P., & Cordeiro Fernandes, A. (2021). *Introdução às metodologias da investigação em motricidade humana: manual prático de análises de dados com SPSS*. Universidade de Évora.

Turris, S. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: A feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 293–298. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03392.x>

Umbelino, T. M. (2016). *Os determinantes que influenciam a satisfação do utente num serviço de radiologia privado* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.21/8532>

Wai, M. T., Chi-Yang, S. & Wen, C. L. (2013). Patient Satisfaction with nursing care: A descriptive study using interaction model of client health behavior. *International Journal of Nursing Science*, 3(2), 51–56. <https://doi.org/10.5923/j.nursing.20130302.04>

World Health Organization. (2018). *Declaration of Astana: Global Conference on primary health care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018*.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>

Xesfingi, S., & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and

healthcare provision factors. *BMC Health Service Research*, 16, 94.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.



**ATIVAÇÃO DA VIA VERDE CORONÁRIA NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA:
ESTUDO DE COORTE****CORONARY GREENWAY ACTIVATION IN THE AUTONOMIC REGION OF MADEIRA:
COHORT STUDY**[10.29073/jim.v4i1.751](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.751)

Receção: 04/05/2023 Aprovação: 06/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Silvia Ornelas ^a; Lara Abreu ^b; Sandra Vale ^c; Cristina Pestana ^d;^a Universidade Católica Portuguesa de Lisboa/Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; ^b SESARAM/Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; larabreu_15@hotmail.com; S-scornelas@ucp.pt; ^c Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; sandravale@gmail.com; ^d Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; cpestana@esesicluny.pt;**RESUMO**

Introdução: As doenças cardiovasculares afetam cerca de 60 milhões de cidadãos na União Europeia, correspondendo a cerca de 20% do número de mortes até aos 65 anos (Koo, M.2023). A Intervenção Coronária Percutânea Primária (ICPp) é a forma de tratamento mais eficaz para a redução da mortalidade e complicações (Soleimani et al., 2020).

Objetivo: caracterizar a população da RAM, submetida a ICPp, sob ativação da Via Verde Coronária (VVC), por um enfermeiro desde o pré-hospitalar até ao serviço de hemodinâmica.

Metodologia: Estudo exploratório de coorte analítico retrospectivo, com os seguintes critérios de inclusão: adultos submetidos a ICPp, com ativação da VVC, desde janeiro de 2020 a dezembro de 2022.

Resultados/discussão: A afluência ao SU nos últimos três anos aumentou paulatinamente, 81 168 entradas no ano de 2020, 100 636 em 2021 e 121 576 em 2022, sendo proporcional a ativação das VCC. Esta, é ativada, em média, 1,59% do número total de doentes; contudo não se traduz no aumento de doentes submetidos a ICPp. Identificou-se os turnos da manhã como sendo os de maior número de ativações, tendo como principal sintoma a dor torácica; do total de ativações, 73% foram homens, sendo estes mais jovens que a média de idade das mulheres em 7,5 anos.

Palavras-Chave: Cateterismo Cardíaco; Síndrome Coronária Aguda; Angioplastia; Intervenção Coronária Percutânea; Via Verde Coronária.

ABSTRACT

Introduction: Primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI) is the most effective form of treatment for reducing mortality and complications (Soleimani et al., 2020). Objective: to characterize the AMR population undergoing PCI under activation of the Coronary Greenway (CVS) by a nurse from the pre-hospital to the hemodynamic service.

Methodology: Exploratory retrospective analytical cohort study, with the following inclusion criteria: adults undergoing PCI with CVS activation from January 2020 to December 2022.

Results/discussion: The inflow to the ER in the last three years increased gradually, 81,168 entries in 2020, 100,636 in 2021 and 121576 in 2022, being proportional to the activation of CVS. This is activated, on average, 1.59% of the total number of patients; however, it does not translate into an increase in the number of patients undergoing PCI. We identified the morning shifts as being those with the highest number of activations, with chest pain as the main symptom. From the total, 73% were men who were younger than the average age of women by 7.5 years in.

Keywords: Cardiac Catheterization; Acute Coronary Syndrome; Angioplasty; Percutaneous Coronary Intervention; Coronary Greenway.

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial (Ahmadi & Lanphear, 2022; WHO, 2020; Roth et al., 2020). Relativamente à Região Autónoma da Madeira, a taxa de mortalidade associada aos eventos coronários representa cerca de 29% do total de óbitos desta região, indo ao encontro das estatísticas mundiais, acabando por se assumir como a principal causa de morte (Instituto de Administração da Saúde, 2020).

No entanto, nem sempre os sintomas apresentados por estes utentes são *standards*, manifestando-se por vezes com sintomas atípicos quando associados a doença cardíaca. Deste modo, torna-se, por isso, fulcral que o enfermeiro seja detentor de um leque de conhecimentos teórico-práticos fundamentados para que consiga atender às necessidades daqueles utentes em concreto. Espera-se do enfermeiro, neste contexto, a capacidade de identificar precocemente sinais e sintomas de alterações cardíacas e a capacidade de implementar medidas adequadas que permitam a manutenção da vida, com base numa prática segura e de qualidade (Vahdatpour et al., 2019).

Assim sendo, acentua-se no enfermeiro uma mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para que consiga responder em tempo útil e de forma holística às necessidades destes utentes, através de uma deteção precoce de situações críticas (ou potenciais) para as quais emergem intervenções específicas no menor tempo possível, para melhores resultados (Woo et al., 2017).

Silva (2020) realça que o papel da enfermagem especializada é determinante na qualidade dos cuidados prestados, uma vez que melhora exponencialmente os resultados obtidos.

De acordo com a evidência científica, os enfermeiros são os profissionais na primeira linha de contacto com estes utentes, uma vez que são estes que os recebem nos Serviços de Urgência, que os triam, que identificam os sinais/sintomas de alerta, que ativam a via verde coronária e que, desta forma, identificam

a necessidade imediata da realização de um eletrocardiograma de 12 derivações. Ou seja, é preponderante que se possa contar com a competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica para um julgamento clínico que permita identificar as situações que impliquem uma tomada de decisão com indicação para uma intervenção muito urgente/emergente, muitas vezes decisivas em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio (Niza, 2018).

Deste modo, para Teixeira e Vieira (2020), perante uma atuação rápida e eficaz serão os enfermeiros os principais responsáveis pelo sucesso do tratamento, uma vez que o tempo decorrido desde a chegada ao hospital até ao tratamento mais adequado à situação irá ser encurtado.

É de extrema importância referir que a caracterização dos sinais e sintomas apresentados reduz o tempo de espera até à efetivação do tratamento. Por isso, torna-se pertinente referir a importância da caracterização e gestão da dor destes utentes. A dor torácica característica de Enfarte Agudo do Miocárdio é descrita como sensação de aperto, peso, pressão, esmagamento ou constricção, a nível retrosternal ou precordial, habitualmente em crescendo/decrescendo e irá influenciar a decisão diagnóstica (Bohula, 2019). Aliada à caracterização que a própria pessoa faz da dor surge a necessidade de identificar sinais que traduzem dor. A dor desencadeia uma série de alterações fisiopatológicas que acabam sendo prejudiciais para a estabilização do utente em questão. A dor pode estar associada ao aumento da frequência cardíaca, o inotropismo e a pressão arterial, podendo levar ao risco aumentado de isquemia do miocárdio por aumento do consumo de oxigénio. Outras complicações podem ser o risco de taquicardia e arritmias, atraso na cicatrização das feridas, risco de atelectasias, fenómenos tromboembólicos, vasoconstricção periférica e acidose metabólica (Dias, 2018).

Tendo em conta estes pressupostos, admitiu-se como principal objetivo caracterizar a população da RAM, submetida a ICPp, sob ativação da VVC por um enfermeiro, desde o

pré-hospitalar até ao serviço de hemodinâmica.

Após uma extensa pesquisa nas bases de dados Pubmed, Medline e Cinhal Complete, deu-se origem ao processo de revisão de literatura seguido pela consulta dos dados existentes nas bases de dados institucionais do SESARAM e do SRPC, gentilmente fornecidas pelas direções de ambos.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFIA

A VVC tem início através dos cidadãos. É ativada através da chamada ao 112 (número de emergência europeu). A chamada para o 112 é, no primeiro instante, atendida pelo departamento da Polícia de Segurança Pública Nacional que, prontamente, ativa o socorro pré-hospitalar, encaminhando a chamada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Assim que é detetada uma VVC, o INEM assume a responsabilidade de orientar o doente para o hospital mais adequado para o tratamento, o que nem sempre significa o hospital mais próximo (Horta, 2018).

É implementada em todo o país e, no que concerne à componente pré-hospitalar, esta é coordenada pelo INEM, que, em conjunto com os outros órgãos e instituições de saúde, permite um melhor e mais rápido acesso dos doentes com Síndrome Coronário Agudo (SCA) em particular, o doente com EAM, aos cuidados médicos mais específicos e adequados (Horta, 2018).

Relativamente aos meios do INEM, estes têm capacidade de intervir precocemente, e após a chegada ao local, perante a situação clínica do doente e a realização de um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, conseguem, se necessário, iniciar terapêutica imediatamente e encaminhar para o hospital com a unidade mais especializada e adequada à situação, aumentando desta forma a probabilidade de sucesso (INEM, 2022).

Na RAM a emergência pré-hospitalar está delegada ao Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), situado na Secretaria Regional De Proteção Civil (SRPC). A chamada 112 também é dirigida à polícia de segurança pública; no entanto, esta é

encaminhada para o serviço de triagem/ aconselhamento telefónico (STAT) composto por dois enfermeiros, na sua grande maioria especialistas, que fazem a triagem e ativação da VVC e acionam os meios de socorro: bombeiros e equipa médica de intervenção rápida (EMIR), similar à viatura VEMER do INEM.

O tratamento precoce é determinante para o sucesso da situação clínica do doente, uma vez que, cerca de 50% das mortes, são registadas nas primeiras 3–4 horas após o início dos sintomas. É sempre privilegiado o alívio sintomático, bem como a revascularização precoce da artéria ocluída, sendo por isto fulcrais para limitar os danos no miocárdio. Claro que todo este processo é também fortemente influenciado pelos antecedentes pessoais do doente, ou até mesmo de possíveis contraindicações para a aplicação de fibrinólise, não descurando a distância a que por vezes o doente se encontra do hospital mais capacitado. É inegável a eficácia do tratamento e a redução no tempo de diagnóstico perante uma intervenção precoce face a um EAM. Esta realidade é bastante evidente em locais geograficamente distantes dos grandes centros hospitalares do nosso país, mais concretamente no interior do país, onde é a intervenção pré-hospitalar a responsável pela intervenção mais rápida e adequada aos EAM. Isto torna-se ainda mais evidente quando olhamos para a estatística que nos aponta que em 2021 o INEM registou 898 casos de EAM encaminhados para os centros-hospitalares através da ativação da VVC. Lisboa, Porto e Braga destacam-se entre os distritos com maior número de doentes encaminhados pelo INEM através da VVC. Destaque ainda mais específico para o Centro Hospitalar e Universitário de São João, que recebeu 119 destes doentes; o Hospital de Braga que recebeu 102 e o Centro Hospitalar de Lisboa Central que recebeu 71 doentes (INEM, 2022).

Em 73,4% dos casos decorreram menos de duas horas entre a identificação dos sinais/sintomas e o posterior encaminhamento através da VVC (INEM, 2022). Os dados do INEM remetem ainda para o facto de 82,9% dos EAM registados em 2021 terem incidido

em indivíduos do género masculino (INEM, 2022).

Sem dúvida que um reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do EAM é essencial para o sucesso da situação e deve motivar de imediato o contacto com o 112. Esta é a via preferencial visto que permite reduzir o intervalo de tempo desde a avaliação, diagnóstico, terapêutica e orientação do transporte para a unidade hospitalar mais especializada e adequada (Horta, 2018). Partindo daqui, é evidente a importância do EEEMC-PSC nestas situações, uma vez que são os seus cuidados especializados e holísticos que irão beneficiar a PSC acometida de EAM, através de intervenções seguras, de qualidade e fundamentadas na mais recente evidência científica (Horta, 2018).

3. MÉTODO

Assente na premissa inicial do objetivo de caracterizar a população da RAM submetida a ICPp, sob ativação da VVC por um enfermeiro, desde o pré-hospitalar até ao serviço de hemodinâmica, foi realizado um estudo exploratório de coorte analítico retrospectivo. Como tal, foram definidos os seguintes critérios de inclusão para obtenção da amostra: adultos submetidos a ICPp no Hospital Dr. Nélio Mendonça, com ativação da VVC no SU, no período compreendido de um de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2022. Foram escolhidos todos os participantes que cumprissem esse critério. No total obtivemos

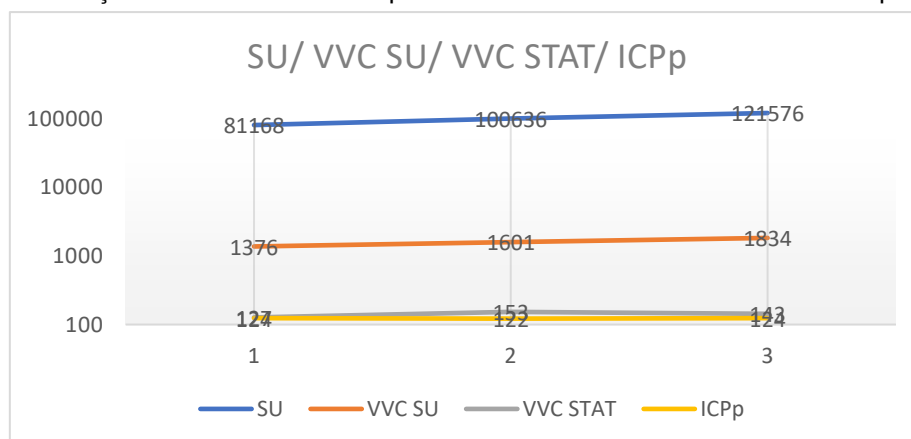
uma amostra com 303 380 pessoas, as que recorreram ao SU; dessas, foram ativadas a VVC a 3370 pessoas e 370 foram submetidas a ICPp, alvo do nosso estudo.

Os dados deste estudo foram obtidos através da base de dados existente no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) e no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) com o consentimento das mesmas entidades através de deferimento do DV6 pelo Sr. Enfermeiro diretor e resposta positiva por parte da coordenação do SEMER em abril deste ano. Na análise e tratamento de dados, foram respeitados os princípios de anonimato e confidencialidade de dados. A interpretação dos resultados foi realizada através de gráficos e estatística descritiva.

3. RESULTADOS

Verificamos que a afluência ao SU do HNM nos últimos três anos aumentou paulatinamente, com 81168 entradas no ano de 2020, 100636 em 2021 e 121576 em 2022. Com este incremento verificou-se um aumento proporcional na ativação das VVC no SU com 1376 ativações em 2020, 1601 em 2021 e 1834 em 2022. Contudo, a ativação da VVC no pré-hospitalar através do STAT, manteve-se constante, com 127, 153 e 143 ativações no ano de 2020, 2021 e 2022, respetivamente, assim como o número de doentes submetidos a ICPp, com 124, 122, 124 nos anos referidos anteriormente (tabela 1).

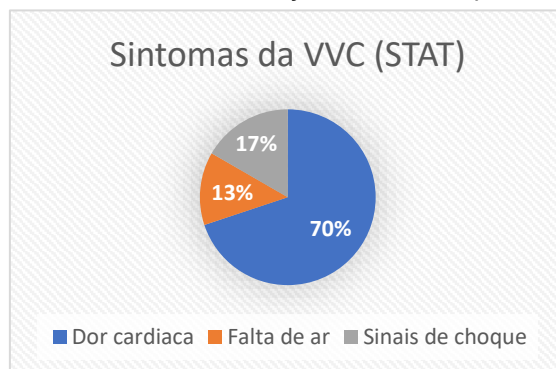
Tabela 10 – Relação entre os doentes que recorreram ao SU, ativações da VVC no SU, ativações da VVC realizadas pelo STAT e os doentes submetido a ICPp



No pré-hospitalar, através do registo do STAT, constatou-se que a VVC foi ativada em 423 ocasiões no decurso dos últimos três anos, sendo a dor torácica o sintoma prevalente para

a sua ativação, com 70% dos casos; posteriormente os sinais de choque associados à dor torácica e por último, a dificuldade respiratória (tabela 2).

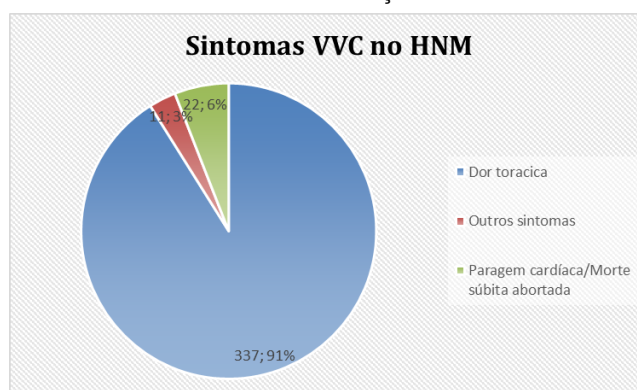
Tabela 2 – Sintomas da ativação da VVC no pré-hospitalar



No SU constatou-se o mesmo facto. O sintoma primordial para a ativação da VVC dos doentes submetidos a ICPp foi a dor torácica em 91% dos casos, seguida da paragem

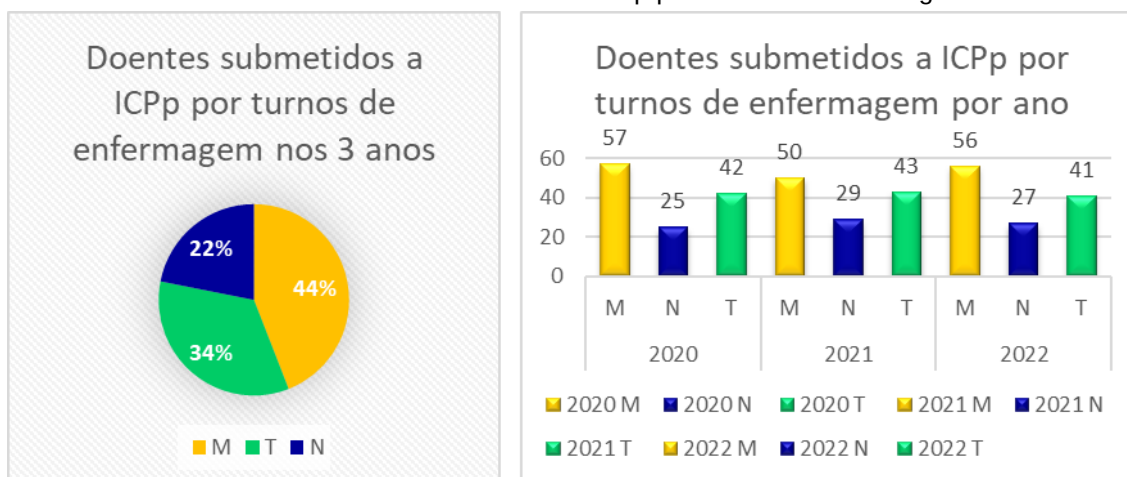
cardiorrespiratória (PCR) com 6% e os restantes foram agrupados em outros sintomas, nomeadamente, a dispneia, síncope e as tonturas (tabela 3).

Tabela 3 – Sintomas da ativação da VVC no HNM



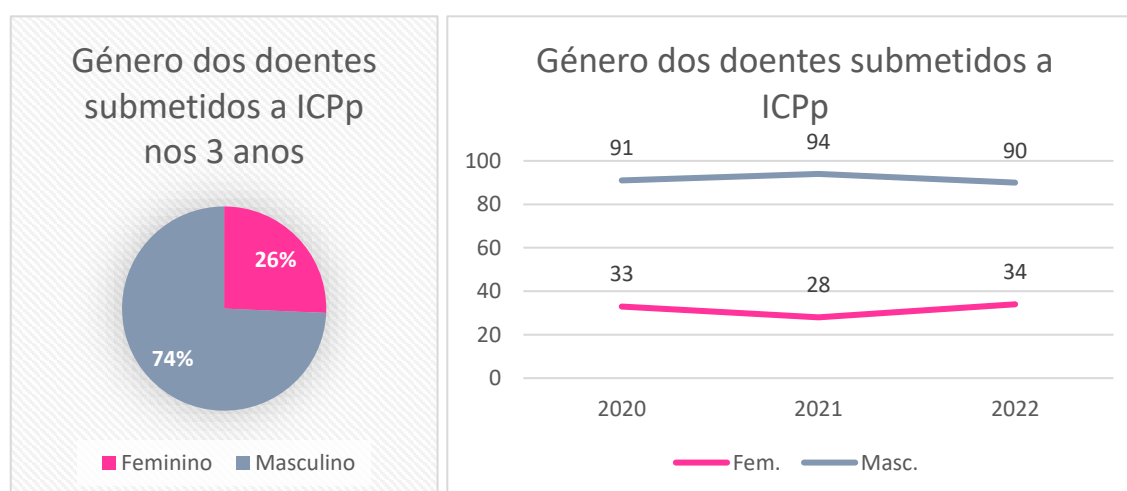
Dos doentes submetidos a ICPp, analisou-se a afluência nos turnos de enfermagem, em que o turno da manhã corresponde ao período entre as 8 horas e as 15 horas e 30 minutos, o turno da tarde, das 15 horas às 22 horas e 30 minutos e por fim, o turno da noite, das 22 horas às 8 horas e 30 minutos do dia seguinte.

Apuramos que o turno de enfermagem em que os doentes são mais submetidos a ICPp é o turno da manhã, com 44% dos casos e o menos afluente o turno da noite, com metade das situações verificadas no turno da manhã (tabela 4).

Tabela 4 – Doentes submetidos a ICPp por turnos de enfermagem

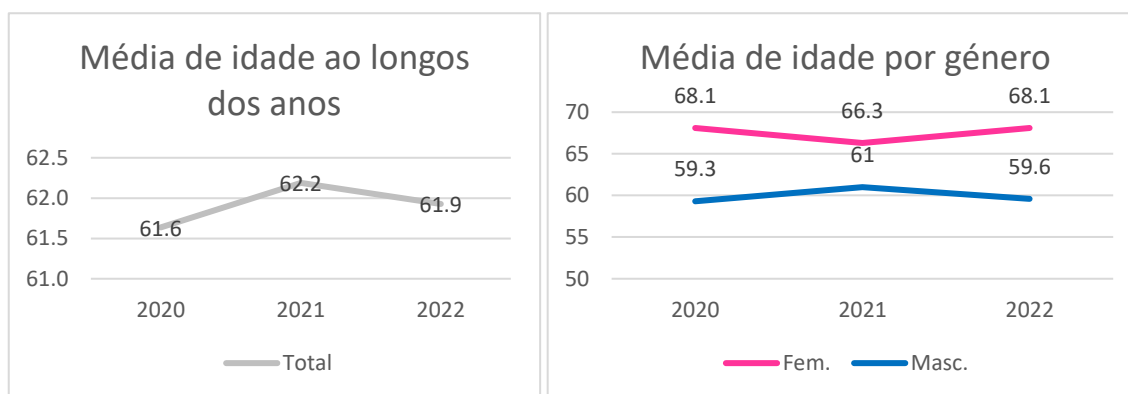
Analisamos o género dos doentes submetidos a ICPp e averiguamos que o género masculino foi prevalente nos três anos, com cerca de 90

casos por ano, o que correspondendo a 74% dos casos (tabela 5).

Tabela 5 – Género dos doentes submetidos a ICPp

Em seguida analisamos as idades dos doentes submetidos a ICPp e verificamos que a média de idade se manteve constante ao longos dos três anos, com médias que variaram entre os 61,6 e os 62,2 anos. Destes doentes, o mais idoso apresentava 94 anos e o mais jovem 33 anos. A média de idade do género masculino

situou-se entre os 59 e os 61 e do género feminino entre 66 e os 68 anos. E assim, verificamos que o género feminino apesar de ser submetido a ICPp em apenas 26% dos casos (tabela 5), este é, em média, 7,5 anos mais velho quando comparado com o género masculino (tabela 6).

Tabela 6 – Média de idades dos doentes submetidos a ICPp

Após a análise dos dados obtidos, verificamos que à medida que a afluência ao SU do HNM aumenta (aumento superior a 40 000 doentes em 2023, quando comparados com o ano 2020), a ativação da VVC também aumenta proporcionalmente, ou seja, a VCC é ativada, em média, em 1,59% do número total de pessoas que recorrem ao SU, não se traduzindo, contudo, no aumento de doentes submetidos a ICPp.

O sintoma principal para a ativação da VVC, no pré-hospitalar e no hospital, é a dor torácica, com 70% e 91% dos casos, respetivamente.

Dos doentes submetidos a ICPp, verificamos que o pico da afluência nos turnos de enfermagem, é no turno da manhã com o dobro das situações verificadas, quando comparadas com o turno da noite. Destes doentes, apuramos ainda que o género masculino foi predominante com 73% dos casos, ou seja, os homens são submetidos a ICPp três vezes mais do que o género feminino.

A média de idade global dos últimos três anos, variou entre os 61,6 e os 62,2 anos, sendo que a média de idade do género masculino situou-se entre os 59 e os 61 e do género feminino entre 66 e os 68 anos. Portanto, apesar do género masculino ser submetido mais a ICPp, os utentes são mais novos, em média, 7,5 anos.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) publicados na comunicação social no Dia Nacional do Doente

Coronário, a 13 fevereiro de 2023, este encaminhou para o hospital 1556 casos de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) no ano de 2022, ocorrendo “um maior número de registos comparativamente a anos anteriores, com um acréscimo de 73% (mais 658 doentes) relativamente a 2021”. O INEM determinou ainda, que a idade média dos doentes que sofreram EAM foi de 63 anos e a incidência do género masculino foi de 81%; ou seja, a realidade da RAM vai ao encontro da realidade nacional.

Segundo Homem et al. (2022) a idade, nos estudos epidemiológicos, foi o fator de risco isolado com maior influência no aparecimento da doença cardiovascular (DCV), sendo diretamente proporcional ao risco cardiovascular (RCV). No género masculino, a incidência de DCV aumenta gradualmente até aos 60 anos, enquanto no género feminino se inicia aos 50 anos. Os autores referem ainda, que o género masculino apresenta maior risco de DCV numa fase mais precoce da sua vida, e que a menor incidência da DCV no género feminino na fase pré-menopausa, está relacionada com o efeito protetor das hormonas femininas, ou seja, os dados obtidos no nosso estudo vão ao encontro dos dados do autor supracitado.

5. CONCLUSÃO

A Sociedade Europeia de Cardiologia em 2021 considerou Portugal um país de RCV moderado (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2021), recomendando (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C) que deve ser estimado o RCV, utilizando o sistema

européu, designado de SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*), nas pessoas aparentemente saudáveis com mais de 40 anos, determinando o RCV fatal a 10 anos, atuando preventivamente (DGS, 2015).

Quanto maior o RCV de determinado país, mais intensa deverá ser a intervenção (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2021). A articulação entre os Cuidados de Saúde Diferenciados e os Cuidados de Saúde Primários, entre os enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica e os de saúde comunitária, é fundamental para melhorar o acesso, a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, melhorando a qualidade de vida dos utentes e reduzindo os encaminhamentos para os cuidados hospitalares.

Os resultados do presente estudo apontam para o possível impacto que a doença cardiovascular tem sobre o adulto doente. De forma direcionada, o diagnóstico de EAM num adulto e o consequente processo de transição saúde-doença constituem uma condição frágil e que modifica por completo a vida do mesmo, tendo não só repercussões físicas, mas também psicológicas e familiares. Face a isto, enaltece-se o trabalho fundamental do enfermeiro especialista em EMC, no sentido em que este constitui um recurso válido e valioso, tal como indica o RCEPC, no acompanhamento dos adultos e família em situações de doença crítica.

Realçamos ainda a importância do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, essenciais para a redução do tempo até à terapêutica de reperfusão e assim, inegavelmente melhoria dos resultados nesta situação específica em que todos os segundos são válidos, indo ao encontro do que defende a evidência científica, que aponta para uma melhoria dos ganhos em saúde quando os utentes acometidos de Enfarte Agudo do Miocárdio são cuidados por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Kwok et al., 2020).

Sem dúvida que, enquanto especialistas a caracterização da nossa comunidade no que diz respeito à ativação da VVC, despertou-nos para necessidade de se desenvolverem

estudos no sentido de identificar o risco cardiovascular e intervir de modo a mudar hábitos de vida, reduzindo esse risco.

A busca incessante pela qualidade leva-nos a querer continuar a investigação na VVC na RAM, determinando se as VVC ativadas pela equipa do pré-hospitalar, através do STAT ou da Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), seguem o mesmo curso aquando da chegada ao SU do HNM, ou seja, se a VVC se mantém ativa e quais desses doentes são submetidos a ICPp. Determinar se os doentes submetidos a ICPp, recorreram ao SU por meios de socorro ou viatura particular, e se os *timings* desde os sintomas até ao pedido de auxílio, nos permitirá compreender se a nossa população em estudo, residentes na Região Autónoma da Madeira e os seus visitantes, necessitam de esclarecimento no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do EAM, motivando a chamada imediata para o 112. Está demonstrado que o contacto com o 112 reduz o intervalo de tempo até ao início da avaliação, diagnóstico, terapêutica e agilização do transporte para a unidade hospitalar mais adequada. Que este seja o início de uma grande reflexão que trará grandes benefícios à nossa população na RAM.

REFERÊNCIAS

- Ahmadi, M. & Lanphear, B. (2022). The impact of clinical and population strategies on coronary heart disease mortality: na assessment of Rose's big idea. *BMC Public Health*, (22)14. <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-12421-0>
- Bohula, E. A. (2019). Acute coronary syndromes. In A. K. Singh, & J. Loscalzo (Eds.), *The Brigham intensive review of internal medicine* (3rd ed., pp. 820–833). Elsevier
- Dias, A. S., (2018). *Gestão da dor aguda na pessoa em situação crítica: uma intervenção de enfermagem especializada* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29488/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio_Ana%20Dias_7361.pdf

- DGS (2015). Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE. Norma n.º 005/2013 de 19/03/2013 atualizada 21/01/2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073510972037755>
- Homem, F.B., Caetano, A.P.M., Reveles, A.F., Martins, H.I.F., Sousa, J.P., Rodrigues, L.M.M.A. & Azevedo, T.S. (2022). Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular.
- Horta, V. S. (2018). *Enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST* Números do Centro Hospitalar Cova da Beira (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina, Universidade da Beira Interior). <http://hdl.handle.net/10400.6/8541>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2023, março 18). *INEM encaminhou 1.556 casos de enfarte para os hospitais em 2022, mais 73% face a 2021*. Observador. <https://observador.pt/2023/02/13/inem-encaminhou-1-556-casos-de-enfarte-para-os-hospitais-em-2022-mais-73-face-a-2021>
- Koo, M. (2023). Qual o impacto das doenças cardiovasculares na União Europeia? E.pharma Newsletter Apifarma de Fevereiro de 2023. Disponível em: https://apifarma.pt/wpcontent/uploads/2023/03/apifarma_newsletter_fevereiro_2023.pdf
- Kwok, C. S., Naneishvili, T., Curry, S., Aston, C., Beeston, M., Chell, S., Cripps, J., Gunter, B., Jackson, D., Thomas, D., Jones, A., Bethell, H., Sandhu, K., Morgan-Smith, D., & Beynon, R. (2020). Description and development of a nurse-led cardiac assessment team. *Future Healthcare Journal*, 7(1), 78–83. <https://doi.org/10.7861/fhj.2018-0078>
- Niza, F. (2018). *Intervenção especializada do enfermeiro à pessoa com enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST: todos os minutos contam* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/25325>
- Roth, G.; Mensah, G.; Johnson, C. et al (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019: Update From the GBD 2019 study. *Journal of the American College of Cardiology*. (76), 25, 2982–3021.
- Silva, M. (2020). *O papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao doente crítico em situações de exceção* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica do Porto). https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31612/1/Mafalda%20Sofia%20Tavares%20Silva_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Sociedade Europeia de Cardiologia (2021). SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European Heart Journal* 42(25), 2439–2454. doi:10.1093/eurheartj/ehab309.
- Soleimani, M.; Soleimani, A.; Roohafza, H. et al (2020). The comparison of procedural and clinical outcomes of thrombolytic-facilitated and primary percutaneous coronary intervention in patients with acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI): Findings from PROVE/ACS study. *ARYA Atheroscler*.16(3):123–129. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7778513>
- Teixeira, A. C., & Vieira, F. (2020). O perfil do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Ed.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 20–24). https://www.researchgate.net/publication/348555848_O_Perfil_do_Enfermeiro_n_uma_Unidade_de_Cuidados_Intensivos
- Vahdatpour, C., Collins, D., & Golsberg, S. (2019). Cardiogenic shock. *Journal of the American Heart Association*, 1–12. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.011991>
- Woo, B. F., Lee, J. X., & Tam, W. W. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resources for Health*, 15(63), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
- World Health Organization. (WHO, 2020). World health statistics 2020: *monitoring health for SDGs, sustainable development goals*.

URL:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

ENGAGEMENT E AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

ENGAGEMENT AND NURSING PRACTICE ENVIRONMENT FROM AUTONOMOUS REGION OF MADEIRA REHABILITATION NURSES

[10.29073/jim.v4i1.746](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.746)

Receção: 02/05/2023 Aprovação: 19/06/2023 Publicação: 30/06/2023

João Martins ^a; Bruna Gouveia ^b; Élvio Jesus ^c; Maria Jesus ^d;

^a Estudante ESSJC/Enfermeiro SESARAM; j.leonardo.c.martins@gmail.com; ^b Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; bgouveia@esesjcluny.pt; ^c Universidade Católica Portuguesa; elviohjesus@gmail.com; ^d Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; mbettencourt@esesjcluny.pt;

RESUMO

A investigação científica tem manifestado um grande interesse pelo *engagement* no trabalho dos enfermeiros, procurando determinar os seus níveis de expressão e os fatores que contribuem para a sua manifestação. Por ser um tema de incontornável relevância para as organizações de saúde, objetivamos: I) conhecer os níveis de *engagement* dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER); II) descrever a sua perceção relativamente à favorabilidade do ambiente de prática de enfermagem (APE) e III) analisar a relação entre as características do APE e o *engagement*.

À uma amostra de 113 EEER foram aplicadas as escalas *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) e *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI).

Os resultados revelaram níveis moderados a elevados de vigor, absorção e dedicação que variaram significativamente em função da idade e do tempo de profissão. O ambiente de prática de enfermagem foi percecionado como misto, com três dimensões avaliadas favoravelmente e duas avaliadas desfavoravelmente. Foram encontradas correlações significativas entre o APE e o *engagement*. O estudo reforça a importância de assegurar ambientes favoráveis à prestação de cuidados de enfermagem e, com isso, contribuir para o reforçar do vínculo à profissão e elevar os níveis de dedicação, foco e energia no trabalho.

Palavras-Chave: *Engagement*, Ambiente de Prática de Enfermagem, Reabilitação.

ABSTRACT

Scientific research has shown great interest in nurses' work engagement, seeking to determine not only their levels of expression, but, in large part, the factors that contribute to it. As it is a subject of unavoidable relevance for health organizations, we aim to: I) know the levels of Rehabilitation Nurse (RN) engagement; II) describe the nurses' view regarding the condition of the nursing practice environment and III) analyze the relationship between the characteristics of the nursing practice environment and their engagement.

The Utrecht Work Engagement Scale and Practice Environment Scale of the Nursing Work Index were applied to a sample of 113 rehabilitation nurses.

The analyses show moderate to high levels of vigor, absorption and dedication that varied significantly according to the nurses age and years spent working in the profession. The nursing practice environment was perceived as mixed, with three dimensions evaluated favorable and two evaluations unfavorable. The correlation matrixes revealed positive and significant relationships between the nursing practice environment and the engagement. The study reinforces the importance of ensuring favorable environments for nursing care, contributing to strengthening the bond with the profession and raising levels of dedication, focus and energy at work.

Keywords: Engagement, Nursing Practice Environment, Rehabilitation.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, assistimos a mudanças no contexto da saúde, marcadas por constrangimentos orçamentais e pela crescente exigência e pressão para os que nele trabalham. A par e passo, intensificam-se as preocupações com a ligação das pessoas com o seu trabalho e o reconhecimento de que são o ativo mais importante.

A fim de fornecer serviços que respondam às exigências em evolução nos cuidados de saúde, as organizações de saúde devem promover uma força de trabalho de enfermagem altamente qualificada e proficiente, criando para isso ambientes de trabalho positivos, favoráveis e gratificantes (Laschinger, Wilk, Cho & Greco, 2009; Van Bogaert, Wouters, Willems, Mondelaers & Clarke S., 2013). Portanto, a atenção às características do ambiente de trabalho que afetam as experiências de trabalho positivas (como o *engagement*), bem como as negativas (como o *burnout*), é fundamental para alcançar uma prestação de cuidados segura e de alta qualidade aos pacientes.

As equipas de enfermagem geralmente trabalham em ambientes de prática desafiadores, caracterizados por uma variedade de dificuldades e fatores de stress que podem comprometer o seu desempenho na prestação de cuidados de excelência. Investigações e reflexões nacionais e internacionais demonstram a importância de ambientes de prática de enfermagem equilibrados, de apoio e saudáveis e do *engagement* no trabalho para alcançar e manter uma força de trabalho de enfermagem estável e de alto desempenho. Paralelamente, a qualidade na prática de enfermagem é reconhecida como característica necessária dos sistemas de saúde de alto desempenho e, para tal, os enfermeiros necessitam de desempenhar as suas funções num ambiente de trabalho que permita sustentar o exercício pleno das suas competências e conhecimentos (Van Bogaert, Heusden, Timmermans & Franck, 2014).

Está demonstrado que o *engagement* se relaciona com resultados positivos (maior satisfação com o trabalho, maior compromisso

com a organização, menor absentismo, menor desejo de procurar outros trabalhos, maior capacidade para responder adequadamente às mudanças, maior proatividade, melhor desempenho, satisfação e lealdade por parte do cliente) e deste modo é inquestionável a importância de promovê-lo como um recurso fundamental das organizações (Hakanen, Ropponen, Schaufeli, De Witte, 2019). Pelo anteriormente referido, o *engagement* representa um objetivo válido em qualquer organização, contudo, criar condições e ambientes de trabalho que promovam positivamente este estado afetivo-motivacional constitui-se como um grande desafio no panorama atual.

A avaliar pela quantidade de publicações e comunicações dedicadas ao *engagement* e ao ambiente de prática de enfermagem, somos levados a admitir que ambas constituem hoje áreas de manifesto interesse, tanto no meio académico, quanto no meio laboral. Embora a investigação forneça suporte empírico considerável para relações positivas e significativas entre estes dois constructos, em Portugal não encontramos estudos que a evidenciem. Para além disso, conforme Marques-Pinto, Jesus, Mendes e Fronteira (2015) concluíram, os estudos no nosso país sobre *engagement* nos enfermeiros são escassos e muito limitados geograficamente, bem como circunscritos a instituições hospitalares específicas. No que toca à realidade da RAM, a investigação é parca particularmente quando considerados os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER). O presente trabalho pretende responder a esta lacuna e tem por objetivo estudar os níveis de *engagement* dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação a nível regional. Simultaneamente, consideramos igualmente pertinente questionarmo-nos sobre quais são os fatores que potenciam profissionais de enfermagem *engaged*, pelo que caracterizaremos a expressão do *engagement* em função de variáveis sociodemográficas e profissionais e analisaremos a relação entre o ambiente de prática profissional de enfermagem e os níveis de *engagement*.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. ENGAGEMENT NO TRABALHO

O *engagement* é, no processo motivacional, um aspeto central, sendo definido não só como um estado positivo e pleno, relacionado com o trabalho, mas também como um estado afectivo-cognitivo persistente, que não é focado em qualquer objeto, evento, indivíduo ou comportamento momentâneo/particular (Schaufeli, Salanova, Gonzalez, Roma & Bakker, 2002b). De acordo com a formulação de Schaufeli e colaboradores, o *engagement* é definido como “um estado de espírito de trabalho cumprido caracterizado por vigor, dedicação e absorção” (Schaufeli et al., 2002b, p. 74), e é entendido como um conceito independente, distinto e negativamente correlacionado com o burnout (Schaufeli & Bakker, 2010).

O vigor é caracterizado por elevados níveis de energia e resiliência mental, vontade em investir esforço no próprio trabalho e persistência face a dificuldades e fadiga. Refere-se ao sentimento do indivíduo de que possui força física, energia emocional e energia cognitiva; um conjunto de estados afetivos experienciados no trabalho (Schaufeli & Bakker, 2004a, 2004b; Schaufeli & Salanova, 2007).

A dedicação, por sua vez, refere-se a um forte sentido de significado inerente ao trabalho desenvolvido e sentimento de envolvimento com o trabalho, sendo que estes são acompanhados por sentimentos como o entusiasmo, a inspiração, o orgulho e o desafio (Schaufeli & Bakker, 2004a, 2004b; Schaufeli & Salanova, 2007).

Por fim, a absorção é caracterizada por um estado satisfatório de completa imersão no trabalho, o qual é definido por atenção, distorção do tempo, perda de autoconsciência, concentração sem esforço, absoluto controlo e prazer intrínseco sendo que o profissional tem dificuldade em separar-se do seu trabalho (Schaufeli & Bakker, 2004a, 2004b; Schaufeli & Salanova, 2007).

O vigor e a dedicação são as dimensões básicas e centrais, enquanto a absorção surge mais como um resultado do próprio *engagement* (Schaufeli & Bakker, 2004a,

2004b; Schaufeli & Salanova, 2007). Schaufeli e Bakker (2010) acrescentaram, na sua revisão sobre o conceito, que o vigor corresponde a uma componente “comportamental-energética” (p. 13), a dedicação a uma componente emocional, e a absorção a uma componente cognitiva.

Múltiplos estudos sugerem que o *engagement* representa um benefício tanto para os profissionais como para as organizações. Por se tratar de um constructo intra-individual, o *engagement* exerce primeiramente impacto ao nível individual, nomeadamente na saúde, atitudes e comportamentos dos profissionais (Saks, 2006). A nível organizacional, o *engagement* tem sido relacionado com vários indicadores e resultados positivos como: inovação e criatividade; menores níveis de absentismo por doença; menores índices de turnover e custos associados; menor taxa de erro; segurança no local de trabalho (menor frequência de acidentes de trabalho; maior comprometimento com comportamentos de segurança); melhoria nos níveis de desempenho e consequente aumento na produtividade. A partir destes indicadores, é clara a relação positiva entre o *engagement* e o sucesso da organização, traduzido na qualidade dos serviços prestados, na satisfação e confiança dos clientes, na retenção de profissionais, no retorno financeiro e num nível superior de crescimento e desenvolvimento do core business da organização (Hakanen et al., 2019; Shimazu, Schaufeli, Kubota, Watanabe & Kawakami, 2018).

A popularidade do termo nas organizações confirma a dimensão prática do conceito (Bakker & Leiter, 2010). Dado o impacto positivo do *engagement* nos profissionais, nas equipas, nos clientes e nas organizações e respetiva missão, qualquer instituição de saúde deverá I) encará-lo como um objetivo/meta válido a atingir; II) incorporá-lo nas suas preocupações e valores e III) considerá-lo como um guia para as suas políticas e práticas de gestão de recursos humanos (Schaufeli & Salanova, 2007), numa perspetiva que permita atingir os seus objetivos, mantendo um compromisso efetivo

no que ao bem-estar dos profissionais diz respeito.

2.2. MODELO DAS EXIGÊNCIAS E RECURSOS (JD-R MODEL)

Como estrutura conceptual integrativa deste trabalho, escolhemos o Modelo das Exigências e Recursos (*Job Demands and Resources Model* [JD-R Model]). Originalmente desenvolvido por Demerouti, Bakker, Nachreiner e Schaufeli em 2001, tem sido amplamente utilizado nos estudos empíricos no domínio do *engagement* no trabalho (Bakker & Demerouti, 2017). Influenciado pelos modelos psicológicos dominantes do trabalho, este modelo atribui o bem-estar dos colaboradores às características do trabalho. A promoção do *engagement*, os seus antecedentes e as suas consequências podem ser explicados através deste modelo, o qual explica que as características do trabalho podem ser classificadas em exigências (*job demands*) ou recursos (*job resources*) de trabalho (Bakker & Demerouti, 2008, 2014, 2017).

Numa revisão sistemática da literatura Keyko, Cummings, Yonge & Wong, 2016), adaptaram o modelo JD-R construindo o *Nursing Job Demands and Resources Model* (NJD-R), oferecendo à ciência da enfermagem um valioso quadro teórico para a explicação do *engagement*. Na enfermagem, o NJD-R revela que existe um elevado leque de antecedentes do *engagement* a múltiplos níveis (individual, operacional/profissional e organizacional).

O Modelo das Exigências e Recursos tem um carácter instrumental e heurístico no estudo do *engagement* dos enfermeiros uma vez que permite compreender quais as variáveis que o predizem. Daqui decorre que o *engagement* é então um recurso que não é estanque e que pode ser melhorado, mediante intervenções específicas com implicações claras e valiosas para a prática (García-Sierra, Fernández-Castro & Martínez-Zaragoza, 2015), sendo que a adaptação das exigências de trabalho e a promoção de recursos organizacionais, recursos de trabalho, profissionais e pessoais constituem estratégias para o desenvolvimento de profissionais dedicados, vigorosos e absorvidos com o seu trabalho. De

uma perspetiva ética, a responsabilidade sobre o *engagement* dos enfermeiros não reside apenas ao nível individual de cada profissional, mas estende-se ao amplo contexto/ambiente de prática, aos gestores, à organização e ao sistema de saúde (Keyko et al., 2016).

2.3. AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O Ambiente de Prática de Enfermagem foi definido por Lake (2002) como sendo o “conjunto das características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional da enfermagem” (p. 178). Das diferentes definições na literatura, esta é a mais expressiva e consensual entre os diferentes autores (Amaral, Ferreira & Lake, 2012) e na qual nos baseamos no presente estudo.

Na perspetiva de Lake (2002), o ambiente de prática de enfermagem favorável caracteriza-se pela adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos enfermeiros e boas relações entre os diferentes grupos profissionais, particularmente entre médicos e enfermeiros (Amaral et al., 2012; Lake, 2002). Esta definição, que explica o Ambiente de Prática de Enfermagem de acordo com estes cinco domínios, reflete a operacionalização do conceito aquando do desenvolvimento do instrumento por si criado (*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* [PES-NWI]) e teve por base o índice de trabalho em enfermagem, as características dos hospitais *Magnet* (que são exemplares propícios para a prática de enfermagem profissional) e a revisão da literatura dos valores e satisfação no trabalho (Amaral et al., 2012; Jesus, Roque & Amaral, 2015; Lake, 2002).

A Adequação de recursos humanos e materiais descreve as premissas de adequação dos recursos para a prestação de cuidados com qualidade, onde o equilíbrio nos recursos humanos para a prestação de cuidados, os serviços de apoio, tempo e

oportunidade para promover discussão entre colegas sobre casos clínicos, assumem um cariz significativo (Lake, 2002; Gonçalves, Guilherme, Silva, Labiza & Assunção, 2020; Roque, 2016).

A Participação dos enfermeiros na governação interna do hospital descreve o papel participativo dos enfermeiros no contexto hospitalar, onde se verifica a inclusão destes na governação interna, decisões políticas e comités, com oportunidades de progressão, comunicação aberta com os gestores e reconhecida a acessibilidade, poder e visibilidade da administração executiva de enfermagem (Lake, 2002; Gonçalves et al., 2020; Roque, 2016).

Os Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados enfatizam fundamentos de enfermagem para altos *standards* de cuidados aos clientes, onde um modelo de cuidados de enfermagem deve estar presente, verificando-se a existência de vários indicadores como a continuidade dos cuidados, utilização de diagnósticos e planos de cuidados de enfermagem. A qualidade deve ser assegurada por um programa formal, tal como a atratividade de novos colaboradores e formação contínua de todos (Lake, 2002; Gonçalves et al., 2020; Roque, 2016).

A Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros foca-se na perceção dos enfermeiros sobre o papel crítico da gestão de enfermagem, pela dualidade do papel de gestor e líder, bem como pelo suporte aos enfermeiros aquando conflitos com os médicos, realização de erros, mas também o reconhecimento do trabalho bem desenvolvido (Lake, 2002; Gonçalves et al., 2020; Roque, 2016).

Por último, a Relação entre médicos e enfermeiros envolve a existência de relações de trabalho positivas, entre médicos e enfermeiros, como desejo dos últimos (Lake, 2002; Gonçalves et al., 2020; Roque, 2016).

O ambiente de prática profissional constitui a base para o exercício da enfermagem e para a capacidade de vigilância do enfermeiro (Lake, Sanders, Duan, Schoenauer & Chen, 2019), e quando avaliado de forma positiva e favorável é considerado um local de trabalho seguro,

gratificante e potenciador de melhores resultados (Wei, Sewell, Woody & Rose, 2018).

À luz das evidências científicas das últimas décadas, ambientes de prática de enfermagem favoráveis têm impactos significativos nos níveis de qualidade e segurança dos clientes, bem-estar dos profissionais de saúde, e na qualidade, produtividade e eficácia dos serviços, organizações e sistemas de saúde (Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus & Araújo, 2020; Jesus et al., 2015; Lake et al., 2019; Halm, 2019; Swiger, Patrician, Miltner, Raju, Breckenridge, Sproat & Loan, 2017; Wei et al., 2018).

Lake e colaboradores em 2019 realizaram uma meta-análise cujo objetivo foi avaliar quantitativamente a associação do ambiente de trabalho da enfermagem com os resultados ao nível da saúde e do trabalho. O estudo demonstrou a amplitude e consistência de 16 anos de evidência empírica que suporta o status único do ambiente de trabalho como base para potenciar o bem-estar do paciente, do profissional e da instituição de cuidados. Neste sentido, o ambiente de prática de enfermagem constitui um objetivo válido e poderoso, pelo que os esforços de otimização justificam os recursos mobilizados e a atenção dos administradores das instituições de saúde.

2.4. AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM E ENGAGEMENT NO TRABALHO

O pressuposto subjacente a esta investigação foi o de que o *engagement* no trabalho não é um fenómeno meramente construído pelos profissionais a partir da sua experiência individual de trabalho, mas é sobejamente regulado por variáveis do contexto organizacional e social, designadamente pelas características do contexto onde é desenvolvida a prática de enfermagem (Broetje, Jenny & Bauer, 2020; García-Sierra et al., 2015; Keyko et al., 2016).

O Ambiente de Prática de Enfermagem é definido como o conjunto das características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional (Amaral et al., 2012; Lake, 2002) as quais podem ser configuradas

como recursos de trabalho, tal como preconizado pelo Modelo das Exigências e Recursos. Estes recursos, no sentido do que é também defendido pelo referido modelo, revelam ter um potencial motivacional na medida em que permitem o desenvolvimento pessoal e profissional, a aprendizagem e o crescimento dos colaboradores, e podem ser instrumentais na aquisição dos objetivos de trabalho. São, por estes motivos, os principais desencadeadores do *engagement* (Bakker & Demerouti, 2008, 2014, 2017; Hu, Schaufeli & Taris, 2016; Schaufeli, 2017b).

É neste enquadramento que o estudo das relações entre o ambiente de prática de enfermagem e o *engagement* no trabalho se desenvolve: um ambiente de trabalho favorável, saudável e positivo significa a existência de exigências de trabalho desafiadoras e razoáveis bem como a disponibilidade abundante de recursos, suporte e condições aos enfermeiros que potenciam a sua disposição para dedicar os seus esforços e competências às tarefas inerentes ao seu papel profissional, elevando desta forma os níveis de *engagement* experienciados. Concretizando, o conjunto das características organizacionais que definem o ambiente de prática de enfermagem propostas por Lake em 2002, apresentadas no capítulo anterior, promovem recursos (e.x.: suporte social, reconhecimento, confiança, disponibilidade de recursos humanos e materiais, cooperação e relacionamento entre equipas, oportunidades de desenvolvimento, liderança eficaz e presente, entre outros) que fornecem suporte para melhorar o bem-estar dos enfermeiros no trabalho.

Efetivamente, o ambiente de trabalho, quer seja exigente quer seja abundante em recursos, pode facilitar o *setting* para o *engagement* porque atua sobre a energia e estado psicológico dos profissionais e influencia as suas necessidades psicológicas, o que por sua vez, molda as suas motivações, atitudes e comportamentos perante o trabalho (Hu, et al., 2016; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2009b). Seja através da acomodação das necessidades básicas (por exemplo, necessidade de competência, necessidade de autonomia, necessidade

relacional) seja pela concretização dos objetivos profissionais ou pelo efeito atenuador que podem ter sobre as exigências do trabalho, a presença de recursos laborais contribui para que os profissionais se sintam *engaged* (Bakker, Albrecht & Leiter 2011; Taris, van Beek & Schaufeli, 2020).

Por fim, alguns autores que se têm dedicado ao estudo do *work engagement* (e.g., Bakker & Demerouti, 2008; Dollard & Bakker, 2010; Schaufeli & Bakker, 2004) suportam, teoricamente, a problemática em estudo, explicando que, de acordo com a *social exchange theory*, os colaboradores que percebem que a organização se preocupa consigo e com o seu bem-estar (por exemplo, incitação à sua participação na decisão, justiça organizacional, valorização e reconhecimento, promoção na carreira), facilmente se sentirão motivados e “*engaged*” para com o seu trabalho.

No que se refere concretamente à investigação em torno da relação entre o ambiente de prática de enfermagem e o *engagement* no trabalho, encontramos suporte empírico considerável que aponta para relações positivas e significativas entre os dois construtos (e.x.: Fan, Zheng, Liu & Li 2016; Havens, Warshawsky & Vasey 2013; Laschinger, Grau, Finegan & Wilk, 2012; Li, Li & Wan, 2019; Pan, Mao, Zhang, Wang & Su, 2017; Sawatzky & Enns, 2012; Van Bogaert et al., 2013; Wan, Li, Zhou & Shang, 2018; Wang & Liu, 2013; Zahran, Gad & Al-Sayed, 2018).

3. METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza quantitativa, não-experimental e encerra um design transversal e descritivo-correlacional (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

A população de estudo são os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação da RAM a desempenharem funções no SESARAM, E.P.E.

Para a constituição da amostra recorreu-se a uma amostragem não-probabilística, por conveniência, por questões de acessibilidade e pragmatismo no acesso à população (Hill & Hill, 2008; Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

Dos procedimentos adotados na fase de recolha dos dados, distribuiu-se um total de 133 questionários, tendo sido devolvidos 113. Desta forma, em termos percentuais, obtivemos uma taxa de retorno e adesão de 84,9%.

A recolha de dados foi concretizada entre dia 5 e 21 de junho de 2019 e foi antecedida de pedido de autorização formal à instituição onde os participantes exerciam a sua atividade profissional e parecer junto da respetiva comissão de ética (CES&CCI do SESARAM, EPE, parecer n.º 25/2019). Obtidas as devidas autorizações, foram realizadas reuniões presenciais nos vários serviços, com o objetivo de planear, com maior detalhe, a colheita de dados, tendo-se procedido à entrega do resumo do projeto de investigação. Aos enfermeiros potenciais participantes foi disponibilizada a Folha de Informação ao Participante, o Consentimento Informado e foi assegurado o carácter voluntário da participação, o anonimato, a confidencialidade dos dados e a liberdade de desistência, sem qualquer tipo de prejuízo pessoal (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

Os objetivos que nortearam esta investigação requereram a aplicação de dois instrumentos: I) *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) e II) *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI).

O nível de *engagement* dos enfermeiros foi avaliado através da escala *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), desenvolvida por Schaufeli e colaboradores (2002b) e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Schaufeli, Martinez, Marques Pinto, Salanova e Bakker (2002a). A UWES é um instrumento composto por 17 itens e mede as três dimensões subjacentes à conceção do *engagement*: vigor (6 itens), dedicação (5 itens) e absorção (6 itens). As respostas aos itens são avaliadas numa escala de frequência do tipo Likert de 7 pontos que varia entre 0 (*Nunca/Nenhuma vez*) e 6 (*Sempre/Todos os dias*) e o resultado é obtido pela média dos itens. Relativamente à interpretação dos resultados, quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de *engagement* com o trabalho (Schaufeli et al., 2002a; Schaufeli & Bakker,

2004b). Esta escala tem revelado boas qualidades psicométricas ao nível da fiabilidade (consistência interna) e da validade de construto (análise fatorial).

Como medida avaliativa do ambiente de prática de enfermagem recorremos à escala *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI), desenvolvida por Lake (2002) e posteriormente traduzida e validada para a população portuguesa por Amaral e colaboradores em 2012. O PES-NWI é um instrumento composto por 31 itens que avaliam a favorabilidade do ambiente de prática de enfermagem em 5 dimensões: Participação dos enfermeiros na governação interna (9 itens); Fundamentos de Enfermagem para a qualidade (10 itens); Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros (5 itens); Adequação de recursos humanos e materiais (4 itens) e Relação entre médicos e enfermeiros (3 itens). As respostas aos itens são avaliadas numa escala de concordância do tipo Likert de 4 pontos que varia entre: 1 (Discordo Totalmente) e 4 (Concordo Totalmente) (Amaral et al., 2012). Relativamente à interpretação dos resultados, Lake (2002) recomenda que o cálculo do valor médio dos itens que compõem a escala ou subescalas do instrumento PES-NWI constituam referências para a classificação do ambiente como favorável, se valor superior a 2,5. Posteriormente, em 2006, acrescentou os seguintes critérios para uma classificação do ambiente em três níveis: favorável, se quatro ou cinco subescalas apresentarem valores superiores a 2,5; desfavorável, se nenhuma ou uma das cinco subescalas apresenta valores médios superiores a 2,5; e misto se duas ou três subescalas apresentam valores médios superiores a 2,5 (Lake & Friese, 2006). Esta escala tem revelado boas qualidades psicométricas ao nível da fiabilidade (consistência interna) e da validade de construto (análise fatorial).

Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 25.0. Recorremos à análise descritiva para a caracterização da amostra, para a análise dos níveis de *engagement* e da perceção dos enfermeiros sobre a favorabilidade do

ambiente de prática profissional. Previamente à escolha dos testes estatísticos analisamos o pressuposto da distribuição normal das variáveis, tendo utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Não se tendo confirmado a normalidade da distribuição em todos os grupos, optamos pela utilização de testes não-paramétricos. Assim, para avaliar as diferenças do *engagement* em função do sexo utilizamos o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney e para avaliar as diferenças do *engagement* em função da idade, tempo de profissão, função desempenhada e contexto da prática, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, seguido de comparações múltiplas pelo método HSD de Tukey. Para a análise da relação entre as características do ambiente de prática e o *engagement* recorreu-se ao Coeficiente de correlação Ró de Spearman.

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A maioria dos enfermeiros são do sexo feminino (61.1%).

Em média, o conjunto dos 113 enfermeiros têm aproximadamente 45.92 anos ($S=8.46$), variando as suas idades entre os 30 e os 64 anos.

No que concerne a formação, a maioria dos EEER é licenciado (95,6%) e 72,5% revelou deter formação para além da formação académica, como por exemplo pós-licenciatura, pós-graduação e ações de cariz técnico de curta ou longa duração (formações avançadas, cursos intensivos, entre outros).

Relativamente aos locais de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, a maioria presta cuidados em ambiente hospitalar (54,9%). Outros dos contextos de prática de enfermagem são os Cuidados de

Saúde Primários (26,6%), as Unidades de Internamento de Longa Duração (9,7%) e a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (8,8%).

Considerando o tempo de profissão, este varia entre os 7 e os 40 anos e a média de anos de atividade profissional situam-se nos 20,71 anos ($S=8,03$).

A maioria dos EEER prestam cuidados especializados (60,1%). De salientar que uma parte considerável exerce funções de gestão em exclusivo (23%) e em simultâneo com cuidados especializados (7,1%).

Por fim, 95,6% dos EEER têm estabilidade profissional (titulares de contrato de trabalho em funções públicas e contrato individual de trabalho por tempo indeterminado), 92% têm um regime de horário fixo, com horário semanal de 35h (97,3%), e acumulam com outra atividade laboral secundária (65,5%).

4.2. NÍVEIS DE ENGAGEMENT

EXPERIENCIADOS PELOS EEER DA RAM

A análise das estatísticas descritivas da UWES, patentes na tabela I, disponibilizam as pontuações mínimas e as máximas, as médias e os desvios-padrão.

Considerando o Score Total do *Engagement* no trabalho, a pontuação média aponta para níveis moderados a elevados de *engagement* no trabalho ($M = 4,26$; $DP = 0,87$), já que o ponto máximo da escala de respostas é 6,00. A Dedicção é, das três, a que apresenta valores mais elevados na amostra de inquiridos, uma vez que a média é 4,40 ($DP=0,99$), seguida do Vigor ($M= 4,24$; $DP=0,88$) e da Absorção ($M=4,16$; $DP=0,96$).

Tabela XI – Distribuição dos valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo da UWES

	Vigor	Dedicção	Absorção	Score Total Engagement
$\bar{X}$	4,24	4,40	4,16	4,26
S	0,88	0,99	0,96	0,87
$\bar{X}$ Mínimo	2,00	2,20	1,33	2,24
$\bar{X}$ Máximo	6,00	6,00	6,00	5,88

Para além dos valores das médias, analisamos a distribuição das respostas, tendo-se encontrado, para a dedicação, que 74,9% das respostas concentram-se nas opções de resposta da escala a partir de 4 (“Bastantes vezes/Uma vez por semana”). Para o vigor, 73,4% das respostas concentram-se nas opções de resposta da escala a partir de 4. Para a absorção, 72,2% das respostas concentram-se nas opções de resposta da escala a partir de 4.

Quando analisados individualmente os itens das subescalas, verificamos também níveis médios a elevados de *engagement* na sua grande maioria, sendo que 13 itens apresentaram valores médios superiores a 4. O valor médio mais alto foi obtido no item 3 “o tempo passa a correr quando estou a trabalhar” ($M = 4,87$), com 90,3% das respostas nas opções correspondentes a maior frequência da escala utilizada. Por outro lado, o valor médio mais baixo foi obtido no item 16 “É difícil desligar-me do meu trabalho” ($M=3,36$), com apenas 50,8 % das respostas nas opções correspondentes a maior frequência da escala utilizada.

4.3. PERCEÇÃO DOS EEER DA RAM RELATIVAMENTE À FAVORABILIDADE DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A análise das estatísticas descritivas do PES-NWI, patentes na tabela II, disponibilizam as

pontuações mínimas e as máximas, as médias e os desvios-padrão.

De acordo com a classificação inicialmente proposta por Lake (2002), verificamos que o ambiente de prática profissional é percebido pelos enfermeiros como favorável ($M=2,61$; $DP=0,30$), já que o valor médio da globalidade dos itens é superior a 2,5.

Quando considerado o conjunto das cinco subescalas e seguindo os critérios posteriormente apresentados por Lake & Friese (2006), classificamos o ambiente nos contextos de trabalho como misto, uma vez que três subescalas apresentaram valores médios superiores a 2,5 (avaliação favorável nas dimensões *Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade*, *Relação entre médicos e enfermeiros* e *Gestão, Liderança e Suporte dos Enfermeiros*) e duas apresentaram valores médios inferiores a 2,5 (avaliação desfavorável nas dimensões *Adequação de Recursos Humanos e Materiais* e *Participação dos Enfermeiros na Governação Interna*).

A subescala *Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade* é, das cinco, a mais favorável ($M=2,90$ $DP=0,320$). Os enfermeiros pontuaram de forma menos favorável a subescala *Participação dos Enfermeiros na Governação Interna* com uma média de 2,35 ($DP=0,42$).

Tabela XII – Distribuição dos valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo da PES-NWI

	<i>Participação dos Enf. na Governação Interna</i>	<i>Fundamentos de Enf. para a Qualidade</i>	<i>Gestão, Liderança e Suporte dos Enf.</i>	<i>Adequação de Recursos Humanos e Materiais</i>	<i>Relação entre Médicos e Enf.</i>	<i>Score total APE</i>
$\bar{X}$	2,35	2,90	2,61	2,42	2,70	2,61
S	0,42	0,32	0,44	0,51	0,46	0,30
$\bar{X}$ Mínimo	1,00	1,80	1,00	1,25	1,33	1,58
$\bar{X}$ Máximo	3,00	3,70	3,40	3,75	4,00	3,13

Quando analisados individualmente os itens das subescalas, os enfermeiros avaliaram a

maioria como favoráveis (20 itens com média superior a 2,5).

O valor médio mais alto foi obtido no item 31 “*Utilizam-se diagnósticos de enfermagem*” ($M = 3,38$), com 98,2% das repostas em concordância. Por outro lado, o valor médio mais baixo foi obtido no item 17 “*São proporcionadas oportunidades de promoção*” ($M=1,96$), sendo que, 80,5% das respostas foram assinaladas nos níveis discordantes da escala de resposta.

4.4. EXPRESSÃO DOS NÍVEIS DE ENGAGEMENT EM FUNÇÃO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

O estudo de caracterização dos níveis de *engagement* em função das variáveis sociodemográficas e profissionais não

mostrou significância estatística relativamente ao: sexo, contexto da prática de enfermagem e tipo de função desempenhada. Por outro lado, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em relação à idade e ao tempo de profissão.

Relativamente às diferenças no *engagement* em função da idade, encontrámos evidência que aponta para maiores níveis de vigor, dedicação e absorção nos enfermeiros mais velhos (cf. Tabela III). As comparações múltiplas efetuadas confirmam que são os enfermeiros com idades entre os 47–52 e os 53–64 que têm maior nível de vigor e os que têm 53–64 maior nível de dedicação e absorção.

Tabela XIII – Níveis de *engagement* em função da idade

				Estatísticas de teste		
	Idade	N	Score Médio (SM)	Kruskal-Wallis (X^2_{KW})	gl	Nível de significância (p)
Vigor	30–38	29	57,90	14,785	3	0,002
	39–46	28	37,57			
	47–52	28	61,05			
	53–64	27	69,91			
Dedicação	30–38	29	56,22	11,212	3	0,011
	39–46	28	42,02			
	47–52	28	57,05			
	53–64	27	71,24			
Absorção	30–38	29	51,93	14,219	3	0,003
	39–46	28	43,48			
	47–52	28	56,11			
	53–64	27	75,31			

No que concerne o tempo de profissão, verificamos uma tendência para níveis de *engagement* em todas as dimensões nos enfermeiros mais experientes entre 28 e 40

anos (cf. Tabela IV). No entanto, esta diferença só foi estatisticamente significativa para os níveis de absorção.

Tabela IV – Níveis de *engagement* em função do tempo de profissão

	Tempo de profissão	de N	Score Médio (SM)	Estatísticas de teste			de
				Kruskal-Wallis (X^2_{KW})	gl	Nível Significância (p)	
Vigor	7–13	29	57,01	4,842	3	0,184	
	14–19	28	46,82				
	20–27	28	54,82				
	28–40	26	65,92				
Dedicação	7–13	29	56,21	4,847	3	0,183	
	14–19	28	46,89				
	20–27	28	55,50				
	28–40	26	66,12				
Absorção	7–13	29	52,41	10,298	3	0,016	
	14–19	28	46,20				
	20–27	28	53,84				
	28–40	26	72,88				

4.5. RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM E O ENGAGEMENT DOS EEER DA RAM

A análise da matriz de correlações, conforme apresentado na tabela V, evidenciou, globalmente, um número substancial de correlações significativas ($p < 0,05$ e $p < 0,01$) entre as oito variáveis designadas. Quanto à sua direção, e tal como expectável, foram

todas positivas, isto é, à maior perceção de favorabilidade no ambiente de prática de enfermagem corresponderam níveis de *engagement* mais expressivos. Estas correlações revelaram diferentes magnitudes de associação entre as variáveis estudadas, apresentando coeficientes muito baixos ($r < 0,2$), baixos ($0,2 < r < 0,39$) e moderados ($0,40 < r < 0,69$).

Tabela XIV – Matriz de correlações entre as dimensões do *Engagement* e o Ambiente de Prática de Enfermagem

	Participação dos Enf. na Governação Interna	Fundamentos de Enf. para a Qualidade	Gestão, Liderança e Suporte dos Enf.	Adequação de Recursos Humanos e Materiais	Relação entre Médicos e Enf.	Score total APE
Vigor	0,226*	0,412**	0,280**	0,118	0,178	0,355**
Dedicação	0,192*	0,353**	0,280**	0,194*	0,244**	0,343**
Absorção	0,158	0,307**	0,212*	0,119	0,143	0,269**
Score Total Engagement	0,202*	0,383**	0,275**	0,152	0,200*	0,344**

Nota: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Da análise dos resultados apresentados na tabela V importa também salientar que a subescala *Fundamentos de enfermagem para a qualidade*, foi, de todas as características organizacionais da prática de enfermagem, a que se relacionou de forma mais expressiva com os níveis de *engagement* manifestados. A subescala *Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros* também se correlacionou com todas as dimensões do *engagement*, embora com uma magnitude inferior.

Por outro lado, temos a *Adequação de recursos humanos e materiais*, que apresentou correlação positiva, significativa e muito baixa apenas com a *Dedicação*.

5. DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação da Região Autónoma da Madeira apresentam níveis de *engagement* médios a elevados e que experienciam o seu trabalho como estimulante, energético e algo onde realmente querem dedicar tempo e esforço (vigor); como cativante e algo em que estão totalmente concentrados (absorção) e especialmente como relevante e significativo (dedicação).

Tendo a dedicação apresentado a média mais elevada e considerando que se refere ao significado, orgulho e inspiração que o trabalho oferece aos profissionais (Bakker, 2017a), os resultados parecem sugerir que os enfermeiros inquiridos encaram a sua profissão com elevado sentido de pertença e lhe atribuem um elevado valor. A vinculação à profissão parece por isso estar bem estabelecida. Os enfermeiros evidenciam-se como um grupo profissional que consegue reagir funcionalmente face às exigências, dificuldades e desafios inerentes à profissão e que, apesar da complexidade do desempenho da sua atividade profissional e de alguns indicadores menos positivos que têm vindo a ser reportados (maiores índices de *burnout* e stress profissional) mantêm-se *engaged* com o seu trabalho.

Enquadrando estes resultados nas premissas do *JD-R Model*, as exigências de trabalho elevadas podem ser motivadoras se forem acompanhadas pela disponibilidade de recursos de trabalho com potencial para

atenuar o seu efeito e aumentar a capacidade do profissional para lidar com as mesmas. Adicionalmente, no nosso estudo, estes níveis moderados a elevados de *engagement* foram evidenciados a par e passo com características do contexto favoráveis à prática (ou seja, recursos que facilitam a prática profissional), pelo que, não podemos deixar de considerar que esta avaliação positiva e favorável do seu contexto de trabalho contribuiu para os níveis de *engagement* obtidos.

Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores com amostras de enfermeiros, tanto no contexto português (Almeida, 2020; Borges, Abreu, Queirós & Maio, 2017; Cunha, Gama, Fevereiro, Vasconcelos, Sousa, Neves, CasaNova, Teixeira, Rodrigues, Ribeiro & Firmino-Machado, 2018; Faria, 2019; Lobo, 2020; Maio, 2016; Marques-Pinto et al., 2015; Silva, 2017; Silva, Queirós, Cameira, Vara & Galvão, 2015) como noutros países (Fan et al., 2016; Garbin, Pasqualotti, Chambel & Moretto, 2019; Havens et al., 2013; Laschinger et al., 2009; Wang & Liu, 2013), com moderados ou elevados níveis de *engagement* e com predomínio de valores médios superiores para a dedicação. Relativamente à realidade regional na enfermagem, até à data apenas encontramos o estudo de Marques-Pinto e colaboradores (2015) o qual, sem diferenciar entre a Madeira e os Açores, verificou que nas regiões autónomas a maior percentagem dos enfermeiros (50,3%) apresentou um nível médio de *engagement* superior a 4 (escala de 0 a 6 da UWES), valor inferior ao encontrado na amostra do presente estudo (63,8%).

No que concerne o ambiente de prática de enfermagem, avaliado como misto, os EEER reconhecem no seu ambiente de trabalho atual a presença de características que favorecem a sua prática profissional, concretamente I) percepção que existem programas de formação contínua, que trabalham com enfermeiros competentes, que utilizam diagnósticos de enfermagem, que existem planos de cuidados escritos e atualizados e que a prática é baseada num modelo de enfermagem para a qualidade dos cuidados; II) existência de boas relações de trabalho, pautada pela colaboração entre os diferentes grupos profissionais, particularmente entre médicos e

enfermeiros e III) predominância de uma liderança de enfermagem forte, eficaz e de suporte aos enfermeiros, e do reconhecimento do trabalho bem desenvolvido. Por outro lado, os EEER identificam também no seu ambiente de trabalho atual a presença de características que desfavorecem a sua prática profissional, e que sugerem a necessidade de: I) intervir na melhoria dos recursos disponíveis para o desempenho das suas funções; II) promover a sua participação e envolvimento nas políticas da organização e III) proporcionar oportunidades de desenvolvimento na carreira profissional.

Quando contextualizados, os nossos resultados vão ao encontro da maioria dos estudos encontrados, com avaliação do ambiente de prática de enfermagem como misto (Amaral, Ferreira, Vidinha & Cardoso, 2013; Amaral e Ferreira, 2013; Ferreira e Martins, 2014; Jesus et al., 2015; Kirwan, Matthews & Scott, 2013; Roque, 2016; Rosinhas, 2020; Wang & Liu, 2013; Warshawsky & Havens, 2011). Os valores médios encontrados, revelam um panorama ligeiramente mais positivo comparativamente a alguns dos estudos portugueses encontrados, mas abaixo dos valores de referência da realidade de outros países, como é o caso dos EUA, Canadá, Brasil, Austrália, Suíça, China e Dinamarca (Aiken, Havens & Sloane, 2009; Desmedt, De Geest, Schubert, Schwendimann & Ausserhofer, 2012; Gasparino & Guirardello, 2017; Kelly, Kutney-Lee, Lake & Aiken, 2013; Mainz, Baernholdt, Ramlau-Hansen & Brink, 2015; Shang, Friese, Wu & Aiken, 2013; Swiger et al., 2017).

A avaliação favorável do ambiente de prática profissional foi evidenciada de forma mais pronunciada na dimensão “*fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados*”, em consonância com estudos portugueses e internacionais (Aiken et al., 2009; Amaral et al., 2013; Amaral e Ferreira, 2013; Desmedt et al., 2012; Ferreira e Martins, 2014; Gasparino & Guirardello, 2017; Jesus et al., 2015; Kelly et al., 2013; Kirwan et al., 2013; Lake, 2002; Mainz et al., 2015; Nogueira, 2016; Pan et al., 2017; Roque, 2016; Rosinhas, 2020; Santos, 2018; Shang et al., 2013; Swiger et al., 2017), remetendo para o reconhecimento e

valorização dos cuidados de enfermagem, quando se reporta a modelos teóricos, diagnósticos de enfermagem, planos de cuidados, continuidade dos cuidados e formação contínua como pedras basulares no processo de tomada de decisão e na autonomia da enfermagem.

Este valor mais elevado poderá justificar-se, segundo as reflexões de Jesus e colaboradores (2015), pelo histórico de implementação de modelos teóricos de enfermagem nas organizações; pela implementação do processo de enfermagem nos sistemas de documentação; pela disseminação do referencial dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros; pela utilização do sistema de classificação de doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem e, mais recentemente, pela incorporação da CIPE nos Registos Eletrónicos de Enfermagem (Jesus et al., 2015).

Paralelamente cremos que, o nível de diferenciação e de formação dos enfermeiros inquiridos, poderá justificar uma perceção mais favorável, intensa e assertiva de uma filosofia dos cuidados e dos padrões de qualidade dos mesmos. Com efeito, o elevado nível de conhecimento, a experiência acrescida, as competências inerentes à área de especialidade e, conseqüentemente uma maior perceção de autonomia, poderão, também, dar suporte a este resultado.

A “*Participação dos Enfermeiros na Gestão Interna*” foi a dimensão avaliada de forma menos favorável, corroborando os resultados de alguns estudos (Amaral et al., 2013; Amaral e Ferreira, 2013; Kelly et al., 2013; Lake, 2002; Mainz et al., 2015; Rosinhas, 2020; Wang & Liu, 2013), e contrastando com outros estudos em que a “*Adequação de recursos humanos e de materiais*” é a dimensão que apresenta uma média de classificação menor (Amaral et al., 2012; Gasparino & Guirardello, 2017; Jesus et al., 2015; Kirwan et al., 2013; Nogueira, 2016; Pan et al., 2017; Roque, 2016; Santos, 2018; Shang et al., 2013; Swiger et al., 2017). Este resultado sugere falta de oportunidades de promoção e de desenvolvimento na carreira profissional, carências ao nível da participação

e envolvimento dos enfermeiros na governação interna da organização, fragilidades na perceção do poder e autoridade exercidos pela direcção de enfermagem e à escuta e resposta relativamente às preocupações dos profissionais.

Pese embora a crescente diferenciação, através da formação, que leva os enfermeiros a assumirem também atividades ao nível da gestão, a participação e tomada de decisões de política interna que os itens desta dimensão contemplam acontecem muitas vezes ao nível dos enfermeiros gestores das unidades de saúde, razão pela qual os inquiridos da nossa amostra na sua maioria não se sentem especialmente envolvidos e participantes das tomadas de decisão. Acreditamos que estes dados remetem igualmente para o congelamento das carreiras e cortes salariais na função pública até 2018 e para a recente reestruturação da carreira especial de enfermagem e não unanimidade no reposicionamento na mesma (Jesus et al., 2015).

Relativamente às diferenças no *engagement* em função da idade, encontrámos evidência dos enfermeiros mais velhos experienciarem tendencialmente maiores níveis de vigor, dedicação e absorção. Encontrámos múltiplos estudos (Almeida, 2020; Borges et al., 2017; Cunha et al., 2018; D'Emiljo, 2015; Garbin et al., 2019; Havens et al., 2013; Lobo, 2020; Maio, 2016; Marques-Pinto et al., 2015; Silva, 2017) que vão ao encontro dos resultados por nós obtidos e que corroboram a conclusão de Keyko e colaboradores (2016).

No mesmo sentido, e considerando o tempo de profissão, os EEER mais experientes apresentaram maiores níveis de absorção. Novamente, encontramos na literatura um amplo suporte para este resultado, concretamente nos seguintes estudos: Almeida (2020); Borges e colaboradores (2017); Cunha e colaboradores (2018); Laschinger e colaboradores (2009); Maio (2016); Marques-Pinto e colaboradores (2015) e Wonder (2012).

Uma vez que no presente estudo os enfermeiros que apresentaram níveis de *engagement* mais elevados foram aqueles

com idade superior a 53 anos, é de refletir que fatores individuais associados à idade poderão concorrer como influentes nos resultados na variável *tempo de profissão*, pelo que exploraremos estes resultados em conjunto. Para além disso, estas duas variáveis, idade e número de anos de experiência profissional, nos estudos com enfermeiros em Portugal, encontram-se fortemente associadas, uma vez que é ainda limitada a procura de formação inicial em enfermagem num momento mais avançado da vida (Marques-Pinto et al., 2015). Influenciando-se estas variáveis mutuamente, podemos assumir que serão os enfermeiros mais velhos também os mais experientes. Entendemos que as diferenças encontradas podem também traduzir a maior maturidade e experiência destes profissionais bem como a aquisição ao longo dos seus percursos de vida de estratégias de regulação individual (por exemplo, otimismo, autoeficácia e resiliência) no enfrentar dos desafios diários e das exigências do trabalho (D'Emiljo, 2015; Laschinger e Nosko, 2015).

Enfermeiros mais velhos e com mais anos de experiência profissional, pelo significado que atribuem à profissão, pela perceção de competência na realização do seu trabalho e autonomia, poderão ter maior confiança e habilidade percebida em ter impacto nas condições do ambiente de trabalho (Coburn & Hall, 2014). Esse impacto pode manifestar-se por exemplo pela procura de *feedback* do seu trabalho, maior suporte social da parte de colegas e supervisores e criação de novas oportunidades de aprendizagem, tendo como consequência maiores níveis de *engagement* (Bakker, 2017a).

No mesmo sentido, estes profissionais já alcançaram (a nível profissional e pessoal) muitos dos seus objetivos, atingindo nesta fase da carreira um estado positivo e de realização com o trabalho e uma forte vinculação à profissão.

O último conjunto de resultados que passamos a explorar prende-se com a relação entre o ambiente de prática de enfermagem e o *engagement* dos EEER, tendo-se encontrado associações positivas e significativas, que revelam que à maior perceção de

favorabilidade no ambiente de prática de enfermagem correspondem níveis de *engagement* mais expressivos. Estas relações encontradas são consonantes com a investigação empírica anteriormente realizada (e.g. Fan et al., 2016; Havens et al., 2013; Laschinger et al., 2012; Li et al., 2019; Pan et al., 2017; Sawatzky & Enns, 2012; Van Bogaert et al., 2013; Wan et al., 2018; Wang & Liu, 2013; Zahran et al., 2018) que apontam nesse mesmo sentido.

Os resultados obtidos para a dimensão *Fundamentos de enfermagem para a qualidade* remetem para os alicerces da profissão, numa clara filosofia e prática baseada em modelos de enfermagem, pelo que era expectável as associações positivas e significativas com o *engagement* encontradas. De facto, faz sentido assumir que, se os enfermeiros se sentem encorajados para trabalhar de acordo com os padrões profissionais, isso refletir-se-á num revigorar da paixão sentida pela profissão e o seu verdadeiro significado, em maior realização profissional e identificação com o trabalho, e daí, maiores níveis de vigor, dedicação e absorção (Laschinger et al., 2009). Por outro lado, trabalhar em contextos organizacionais comprometidos com a prestação de cuidados de qualidade, como foram exemplo desde cedo os Hospitais Magnet®, estão associados a resultados positivos para as equipas (Wonder, 2012).

As oportunidades de desenvolvimento, de aprendizagem e desafio ao longo da carreira profissional são também promotoras de profissionais *engaged*, já que, contribuem para a expansão das suas competências, para o aumento da autoeficácia e para o ganho de respeito profissional pelos demais (Bakker e Demerouti, 2008; Xanthopoulou et al., 2009b).

No que concerne a *Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros*, para além da evidência científica no âmbito da relação entre o APE e o *engagement* no trabalho, outros estudos têm identificado a importância do papel da supervisão/gestão nos níveis de *engagement* (Broetje et al., 2020; García-Sierra et al., 2015; Keyko et al., 2016).

O papel do líder passa por inspirar a equipa (o que aumentará a sua sensação de controlo); fortalecer a equipa (o que aumentará a sua autoconfiança, autoestima, sentimento de competência, valorização e reconhecimento); e conectar a equipa (o que aumentará o sentimento de pertença e a perceção de suporte social). Em consequência, os níveis de *engagement* provavelmente aumentarão (Schaufeli, 2015). Acresce que o suporte recebido por parte da chefia, estimula a consciência de que os profissionais não estão sozinhos, promove um contexto seguro de partilha e ajuda a lidar com as exigências do trabalho (Schaufeli & Salanova 2007).

Os resultados relativos à *Participação dos Enfermeiros na Gestão Interna*, também não surpreendem face ao encontrado nos estudos anteriores, tendo-se afigurado como um importante fator de motivação para os enfermeiros (Broetje et al., 2020; García-Sierra et al., 2015; Keyko et al., 2016). De facto, os ambientes com maior *engagement*, são aqueles onde existe partilha da informação, formação e espaço para os colaboradores participarem nas decisões das organizações (Bakker et al., 2014). Esta participação ativa possibilita aos enfermeiros uma comunicação direta e aberta com a gestão, tornando-se visíveis e as suas vozes ouvidas. A possibilidade de estar envolvido na tomada de decisões que impactam na sua prática profissional amplifica a perceção de controlo, potencia um sentimento de pertença, criando-se laços de afiliação mais fortes, que se refletem no aumento do *engagement* (Bakker & Demerouti, 2008).

Por fim, as dimensões *Adequação de recursos humanos e materiais* e *Relação entre médicos e enfermeiros* apenas apresentaram correlação positiva (baixa) e significativa com os níveis de Dedicação. Apesar destes resultados não irem ao encontro do esperado, especulamos que poderão estar em linha com os trabalhos de Fan e colaboradores (2016), Pan e Colaboradores (2017), VanBogaert e colaboradores (2014) e Wang e Liu (2013), os quais apontam para uma relação indireta, mediada por outras variáveis (por exemplo, capital psicológico, *empowerment* psicológico, autonomia, carga de trabalho) entre o APE e o

engagement no trabalho. Sugerimos assim que as premissas de adequação dos recursos para a prestação de cuidados bem como a relação entre médicos e enfermeiros não parecem estar relacionados *per se* de forma expressiva com os níveis de *engagement* dos enfermeiros. cremos por isso que esta relação é mais forte e significativa na presença de outras variáveis (efeito mediador), cuja incorporação não foi parte integrante dos objetivos deste trabalho.

Este conjunto de resultados dão suporte aos pressupostos do Modelo das Exigências e Recursos e múltiplos estudos que dele derivam referentes ao papel dos recursos do trabalho no desenvolvimento do *engagement* dos enfermeiros (Schaufeli, 2017b). Paralelamente, também vêm reforçar o argumento de que o *engagement* no trabalho é um resultado sensível ao ambiente onde a prática de enfermagem se desenvolve.

6. CONCLUSÃO

De uma forma geral, a realidade espelhada neste estudo é consideravelmente otimista, sendo os resultados indicadores de bem-estar mostrando enfermeiros *engaged* com o seu trabalho e a desempenharem as suas funções num contexto pautado por características que, no geral, favorecem a sua prática de trabalho. Não obstante, não significa isto que não existam preocupações às quais dar atenção e reflexões a considerar. Com efeito, embora os resultados dos níveis de *engagement* sejam positivos sabemos também que é uma resposta complexa às exigências e recursos profissionais. Daqui decorre que este não é um recurso estanque nas organizações e que, da mesma forma que pode ser melhorado e potenciado pode também ser deteriorado e enfraquecido, pelo que é fundamental que seja continuamente trabalhado e promovido. Para além disso, a melhoria dos recursos disponíveis para o desempenho das funções, a promoção da participação dos enfermeiros na tomada de decisão e de oportunidades de desenvolvimento na carreira profissional, assim como o envolvimento nas políticas hospitalares, são vários aspetos a serem melhorados para tornar o ambiente de prática favorável e com capacidade para reter os enfermeiros.

Do ponto de vista da intervenção, ambicionamos proporcionar *insight* sobre as implicações que podem ser relevantes a quem tem responsabilidades na gestão de pessoas, toma decisões e gere organizações. Paralelamente, e como já foi referido, não havendo estudos suficientes na RAM que espelhem a expressão do *engagement* nos EEER em particular e na enfermagem em geral, bem como do ambiente de prática de enfermagem, cremos ter contribuído para melhor conhecer a população em estudo, para criar uma base de referência e impulsionar estudos posteriores.

No que concerne a introdução do estudo do ambiente de prática de enfermagem, julgamos nele depositar um carácter estruturante no estudo do *engagement*, no sentido em que nos permite analisar este fenómeno de forma contextualizada. Com efeito, a análise do APE procura alertar as organizações para o facto de que, no contexto do seu dia-a-dia e na sua visão de longo prazo, questões como a formação, as oportunidades de valorização e progressão na carreira, a descentralização da tomada de decisão ao nível da enfermagem, a relação com as equipas médicas, a disponibilização adequada de recursos juntamente com uma liderança de enfermagem forte, efetiva e visível podem contribuir para o reforçar do vínculo dos enfermeiros à profissão e à organização, bem como elevar os seus níveis de dedicação, foco e energia no trabalho. As organizações de saúde, os decisores e líderes da profissão deverão por isso responsabilizar-se por assegurar ambientes favoráveis à prestação de cuidados de enfermagem.

No nosso entender, este estudo comporta limitações que convém referir e que representam a razão pela qual os seus resultados devem ser olhados de modo prudente: I) os sujeitos que compõem a amostra são enfermeiros especialistas, de uma área em concreto (Enfermagem de Reabilitação) e II) o carácter transversal que este estudo encerra, o que aponta para a impossibilidade de inferir causalidade empírica. Em relação à primeira, seria de especial interesse alargar para a globalidade dos Enfermeiros do SESARAM, captando

assim a variabilidade entre contextos de prática de cuidados e também comparar o estudo aqui apresentado com outro tipo de amostra. Em relação à segunda, a opção por um outro tipo de estudo como o longitudinal, seria uma forma de a colmatar. Além disso, o ambiente de prática de enfermagem e o *engagement* são construtos “temporais” e por isso prováveis de variar ao longo do tempo, de acordo com, por exemplo, o contexto social, as exigências e a fase da vida dos enfermeiros. Desta forma, efetuar estudos que consigam captar a dinâmica inerente a estes dois construtos e acompanhar a evolução desta relação ao longo do tempo, inferindo relações de causalidade entre as mesmas, são, a nosso entender, pistas úteis para continuar esta investigação.

Por outro lado, a consulta pela literatura da especialidade e a experiência prática leva-nos a refletir sobre a importância de contextualizar o estudo da relação entre o ambiente de prática de enfermagem e o *engagement*, pelo que se justifica a incorporação de fatores que possam agir como contingências e potenciadores desta interação. cremos que esta relação não seja direta em todos as circunstâncias e que possam existir variáveis que a moderem e/ou mediem. Neste sentido, poderá ser pertinente em investigações futuras a inclusão de recursos pessoais, como a Inteligência Emocional e o Capital Psicológico, dada a sua capacidade em atenuar ou amortecer o potencial impacto negativo das exigências.

Em conclusão, as implicações práticas que derivam dos resultados obtidos nesta investigação, prendem-se com a necessidade de transformar a prestação de cuidados de saúde num sector vital do desenvolvimento das sociedades, fornecendo aos enfermeiros envolvidos as condições necessárias para a desempenhar, sob risco de termos, na saúde, um conjunto de profissionais que se sentem desmotivados, insatisfeitos e esgotados emocionalmente, potenciando, inevitavelmente, o desinvestimento na sua vida profissional, com consequências para a qualidade do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiken, L. H., Havens, D. S., & Sloane, D. M. (2009). The Magnet Nursing Services Recognition Program. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(Supplement), 5–14. Doi:10.1097/nna.0b013e3181aeb469.

Almeida S, Nascimento A, Lucas PB, Jesus E, Araújo B. (2020). RN4CAST Study in Portugal: Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*. 20(3): e2038. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/30945/1/2020018.pdf>

Almeida, D. (2020). *Satisfação Profissional e Engagemen: Perceção dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal). Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/94655/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o-Dulce%2020-12.pdf>

Amaral, A., & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 66–74. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/289671002_Influencia_do_ambiente_da_pratica_nos_resultados_dos_cuidados_de_enfermagem

Amaral, A., Ferreira, P., & Lake, E. (2012). Validation of the practice environment scale of the nursing work index (PES-NWI) for the portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 7, 280–288. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/267959485_O_R_I_G_I_N_A_L_P_A_P_E_R_Vali_dation_of_the_Practice_Environment_Scale_of_the_Nursing_Work_Index_PES-NWI_for_the_Portuguese_nurse_population/li nk/5524eea90cf2caf11bfce9d5/download

Amaral, A., Ferreira, P., Vidinha, T., & Cardoso, M. (2013). A percepção dos enfermeiros acerca do ambiente da prática dos cuidados em quatro hospitais da região centro. *Revista Investigação em Enfermagem*, 75–81. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/289671002_Influencia_do_ambiente_da_pratica_nos_resultados_dos_cuidados_de_enfermagem

[70981 Percecao dos Enfermeiros Acerca d o Ambiente da Pratica dos Cuidados em Quatro Hospitais da Regiao Centro/link/5691065508aee91f69a4ece9/download](#)

Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. Doi: 10.1037/ocp0000056.

Bakker, A. B. (2017a). Job crafting among health care professionals: The role of work engagement. *Journal of Nursing Management*. 1–11. Doi: 10.1111/jonm.12551.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career development international*, 13(3), 209–223. Doi:10.1108/13620430810870476.

Bakker, A. B., & Leiter, M. P. (2010). Work engagement: Introduction. In A. Bakker, & M. Leiter (Eds.). *Work engagement; A handbook of essential theory and research* (1–9). Hove e Nova York: Psychology Press of the Taylor & Francis Group.

Bakker, A. B., Albrecht, S. L., & Leiter, M. P. (2011). Key questions regarding work engagement. *European journal of work and organizational psychology*, 20(1), 4–28. Doi:10.1080/1359432x.2010.485352

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD–R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 389–411. Doi:10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235

Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2014). Job Demands – resources theory, In P. Y. Chen & C. L. Cooper (Eds.), *Work and Wellbeing: A Complete Reference Guide* (Vol. 3, 37–64). New Jersey: Wiley Blackwell.

Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., & Maio, T. (2017). Engagement em enfermeiros: estudo comparativo entre Portugal Continental e Açores. *International Journal on Working Conditions*, 14, 154–166. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22367/1/2018_Engagement%20em%20enfermeiros-estudo%20comparativo%20entre%20Portugal%20Continental%20e%20A%20c%3a7ores-IJWC.14_Borges.et.al_p.154.166.pdf

[ros-estudo%20comparativo%20entre%20Portugal%20Continental%20e%20A%20c%3a7ores-IJWC.14_Borges.et.al_p.154.166.pdf](#)

Broetje, S., Jenny, G. & Bauer, G. (2020). The Key Job Demands and Resources of Nursing Staff: An Integrative Review of Reviews. *Frontiers in Psychology*, 11. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.00084.

Coburn, A. S., & Hall, S. J. (2014). Generational differences in nurses' characteristics, job satisfaction, quality of work life, and psychological empowerment. *Journal of Hospital Administration*, 3(5), 124–134. Doi: 10.5430/jha.v3n5p124

Cunha, S., Gama, C., Fevereiro, M., Vasconcelos, A., Sousa, S., Neves, A., CasaNova, J., Teixeira, M., Rodrigues, S., Ribeiro, S. & Firmino-Machado, J. (2018). A felicidade e o engagement no trabalho nos cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam*, 34, 26–32. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v34n1/v34n1a04.pdf>

D'Emiljo, A. (2015). *Job demands and resources as antecedents of work engagement: A Diagnostic Survey of Nursing Practitioners* (Tese para obtenção do grau de mestre em psicologia industrial). Stellenbosch University: Faculty of Economic and Management Sciences, Stellenbosch. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/Job-demands-and-resources-as-antecedents-of-work-%3A-D%27Emiljo-Preez/dbbd7555af9769266e914ef29bf806fbf2810269>

Desmedt, M., De Geest, S., Schubert, M., Schwendimann, R. & Ausserhofer, D. (2012). A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Med Wkly*, 1–12. Doi: 10.4414/smw.2012.13733.

Dollard, M. F., & Bakker, A. B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee

- engagement. *Journal of occupational and organizational psychology*, 83(3), 579–599. Doi:10.1348/096317909x470690
- Fan, Y., Zheng, Q., Liu, S., & Li, Q. (2016). Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care. *Journal of nursing management*, 24(5), 646–655. Doi:10.1111/jonm.12369
- Faria, S. (2019). *Saúde psicológica dos enfermeiros: um estudo sobre burnout e engagement* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121004/2/341593.pdf>
- Ferreira, M. R., & Martins, J. (2014). Estudo de adaptação e validação da escala ambiente de trabalho da prática de enfermagem para a realidade portuguesa. *Revista da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 48(4), 690–696. Doi:10.1590/S0080-623420140000400017
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Garbin, K., Pasqualotti, A., Chambel, M. J., & Moretto, C. F. (2019). A Idade como Diferencial no Engagement dos Profissionais de Enfermagem. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35. Doi: 10.1590/0102.3772e35516%20
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., & Martínez-Zaragoza, F. (2015). Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *Journal of nursing management*, 24(2), 101–111. Doi:10.1111/jonm.12312
- Gasparino, R. C., & Guirardello, E. D. B. (2017). Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. *Journal of Nursing Management*, 25(5), 375–383. Doi:10.1111/jonm.12475
- Gonçalves A, Guilherme E, Silva P, Labiza S, Assunção M. (2020). Importância de ambientes favoráveis à prática de enfermagem. *Revista Eletrônica Nurses — REN*, 1(3):21–37.
- Gonçalves, A., Galvão, A., Escanciano, S., Pinheiro, M. & Gomes, M. (2018). Stress e engagement na profissão de enfermagem: Análise de dois contextos internacionais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6(9), 59–64. Doi: 10.19131/rpesm.0214
- Hakanen, J. J., Ropponen, A., Schaufeli, W. B., & De Witte, H. (2019). Who is engaged at work? A large-scale study in 30 European countries. *Journal of occupational and environmental medicine*, 61(5), 373–381. Doi: 10.1097/JOM.0000000000001528
- Halm, M. (2019). The Influence of Appropriate Staffing and Healthy Work Environments on Patient and Nurse Outcomes. *American Journal of Critical Care*, 28(2), 152–156. Doi:10.4037/ajcc2019938
- Havens, D., Warshawsky, N. E., & Vasey, J. (2013). RN work engagement in generational cohorts: The view from rural US hospitals. *Journal of Nursing Management*, 21(7), 927–940. Doi: 10.1111/jonm.12171
- Hill, M., & Hill, A., (2008). *Investigação por questionário (2.ª edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hu, Q., Schaufeli, W. & Taris, T. (2016). How are changes in exposure to job demands and job resources related to burnout and engagement? A longitudinal study among Chinese nurses and police officers. *Stress and Health*, 33, 631–644. Retrieved from https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Sc_haufeli/483.pdf
- Jesus, E. Roque, S. Amaral, A. (2015). Estudo RN4cast em Portugal: Ambientes de prática de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 26–44. Retrieved From https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Amaral5/publication/289537196_Estudo_RN4_Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de

[enfermagem/links/568fd7bb08aed0aed810bbe0.pdf](#)

Kelly, D., Kutney-Lee, A., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2013). The Critical Care Work Environment and Nurse-Reported Health Care-Associated Infections. *American Journal of Critical Care*, 22(6), 482–488. Doi:10.4037/ajcc2013298

Keyko, K., Cummings, G. G., Yonge, O. & Wong, C. A. (2016). Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 142–164. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.06.003

Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *International journal of nursing studies*, 50(2), 253–263. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020

Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176–188. Doi: 10.1002/nur.10032

Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing research*, 55(1), 1–9. Doi: [10.1097/00006199-200601000-00001](#)

Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A Meta-Analysis of the Associations Between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Outcomes. *Medical Care*, 57(5), 353–361. Doi:10.1097/mlr.0000000000001109

Laschinger, H. K., & Nosko, A. (2015). Exposure to workplace bullying and post-traumatic stress disorder symptomology: the role of protective psychological resources. *Journal of nursing management*, 23(2), 252–262. Doi: 10.1111/jonm.12122

Laschinger, H. K., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2012). Predictors of new graduate nurses' workplace well-being. *Health Care Management Review*, 37(2), 175–186. Doi:10.1097/hmr.0b013e31822aa45

Laschinger, H. K., Wilk, P., Cho, J., & Greco, P. (2009). Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? *Journal of nursing management*, 17(5), 636–646. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00907.x

Li, B., Li, Z., & Wan, Q. (2019). Effects of Work Practice Environment, Work Engagement, and Work Pressure on Turnover Intention Among Community Health Nurses: Mediated Moderation Model. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 3485–3494. Doi:10.1111/jan.14130

Lobo, V. A. (2020). *Presentismo e Engagement em Enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33059/1/Disserta%3%a7%c3%a3o%20Victor%20Lobo.pdf>

Mainz, H., Baernholdt, M., Ramlau-Hansen, C. H., & Brink, O. (2015). Comparison of nurse practice environments in Denmark and the USA. *International nursing review*, 62(4), 479–488. Doi: 10.1111/inr.12208

Maio, T. (2016). *Bullying e engagement em enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17531/1/T%c3%a9rcio%20Maio.pdf>

Marques-Pinto, A., Jesus, E., Mendes, A. & Fronteira, I. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: work engagement dos enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(10) 26–37. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/277009976_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_Work_Engagement_dos_Enfermeiros_In_Revista_Investigacao_em_Enfermagem

Nogueira, M.L.P. (2016). *Ambientes favoráveis à prática de cuidados de Enfermagem: percepção dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18366>

- Pan, X., Mao, T., Zhang, J., Wang, J. & Su, P. (2017). Psychological capital mediates the association between nurses practice environment and work engagement among Chinese male nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(4), 378–383. Doi: 10.1016/j.ijnss.2017.09.009
- Ribeiro, J. P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2.^a edição). Lisboa: Placebo Editora.
- Roque, S.M.B. (2016). *Impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa). Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24197/1/Tese%20entrega%2028_03_2017.pdf
- Rosinhas, A. (2020). *Ambiente da prática clínica dos enfermeiros: estudo exploratório realizado num serviço de medicina intensiva da região norte de Portugal*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho). Retrieved from <http://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/67323/1/Ana%20Sofia%20Novais%20Rosinha.s.pdf>
- Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of managerial psychology*, 21(7), 600–619. Doi:10.1108/02683940610690169.
- Santos, F. (2018). *Influência do ambiente de prática na individualização dos cuidados e nos cuidados omissos* (Dissertação de Mestrado, Escola superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=0ai:repositorio.esenfc.pt:8153>
- Sawatzky, J.V., Enns, C.L., 2012. Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*. 20, 696–707, Doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01355.x
- Schaufeli, W. & Bakker, A. (2004b). UWES-Utrecht Work Engagement Scale: Test Manual—Preliminary Manual. *Occupational Health Psychology Unit Utrecht University*. The Netherlands. Retrieved from https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Sc_haufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWE_S_English.pdf
- Schaufeli, W. B. (2015). Engaging leadership in the job demands-resources model. *Career Development International*, 20(5), 446–463. Doi:10.1108/cdi-02-2015-0025
- Schaufeli, W. B. (2017b). Applying the job demands-resources model: A 'how to' guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organizational Dynamics*, 2(46), 120–132. Retrieved from https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Sc_haufeli/476.pdf
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2010). Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In A. Bakker, & M. Leiter (Eds.). *Work engagement; A handbook of essential theory and research* (10–24). Hove e Nova York: Psychology Press of the Taylor & Francis Group.
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. In S.W. Gilliland, D.D. Steiner. & D.P. Skarlicki (Eds.), *Research in Social Issues in Management* (vol5): *Managing social and ethical issues in organizations* (135–177). Greenwich, CT: Information Age Publishers. Retrieved from https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Sc_haufeli/273.pdf
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2004a). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. Retrieved from https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Sc_haufeli/209.pdf
- Schaufeli, W.B., Martinez, I.M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A.B. (2002a). Burnout and engagement in university students. A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464–481. Retrieved from https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Sc_haufeli/185.pdf
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. & Bakker, A.B. (2002b). The

- measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92. Retrieved from https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Sc_haufeli/178.pdf
- Shang, D. J., Friese, D. C. R., Wu, M. E., & Aiken, L. H. (2013). Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. *Cancer nursing*, 36(3), 206. Doi: [10.1097/NCC.0b013e31825e4293](https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31825e4293)
- Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kubota, K., Watanabe, K., & Kawakami, N. (2018). Is too much work engagement detrimental? Linear or curvilinear effects on mental health and job performance. *PLoS One*, 13(12). Retrieved from https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Sc_haufeli/504.pdf
- Silva, M. (2017). *Engagement e Satisfação no Trabalho dos Enfermeiros do Pré-Hospitalar* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21100/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20M%c3%a1rcio%20Silva.pdf>
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, V. & Galvão, A. (2015). Burnout e engagement em profissionais de saúde do Interior-Norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286–289. Doi: 10.15309/15psd160302.
- Swiger, P. A., Patrician, P. A., Miltner, R. S. S., Raju, D., Breckenridge-Sproat, S., & Loan, L. A. (2017). The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *International journal of nursing studies*, 74, 76–84. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.003.
- Taris, T. W., van Beek, I., & Schaufeli, W. B. (2020). The Motivational Make-Up of Workaholism and Work Engagement: A Longitudinal Study on Need Satisfaction, Motivation, and Heavy Work Investment. *Frontiers in Psychology*, 11. Retrieved from https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Sc_haufeli/534.pdf
- Van Bogaert P., Wouters K., Willems, R., Mondelaers, M. & Clarke, S. (2013). Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20(8), 679–686. Doi: [10.1111/jpm.12004](https://doi.org/10.1111/jpm.12004)
- Van Bogaert, P., van Heusden, D., Timmermans, O., & Franck, E. (2014). Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–11 Doi: [10.3389/fpsyg.2014.01261](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01261)
- Wan, Q., Li, Z., Zhou, W., & Shang, S. (2018). Effects of work environment and job characteristics on the turnover intention of experienced nurses: The mediating role of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1332–1341. Doi: [10.1111/jan.13528](https://doi.org/10.1111/jan.13528)
- Wang, S., & Liu, Y. (2013). Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 287–296.
- Warshawsky, N. E., & Havens, D. S. (2011). Global use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing research*, 60(1), 17. Doi: [10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c](https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c)
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 287–300. Doi: [10.1016/j.ijnss.2018.04.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010)
- Wonder, A. H. (2012). Engagement in RNs working in Magnet®-designated hospitals: exploring the significance of work experience. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(12), 575–579. Doi: [10.1097/NNA.0b013e318274b5a8](https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e318274b5a8)
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2009b). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of*

Vocational Behavior, 74(3), 235–244.
Doi:10.1016/j.jvb.2008.11.003

https://www.researchgate.net/publication/323105539_Nursing_Practice_Environment_and_its_Relation_to_Work_Engagement

Zahran, S., Gad, R. & Al- Sayed, M. (2018).
Nursing Practice Environment and its Relation to Work Engagement. (artigo). Retrieved from

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.



O COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA: UM ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO

THE ORGANIZATIONAL COMMITMENT OF REHABILITATION NURSES IN THE AUTONOMOUS REGION OF MADEIRA: A CHARACTERIZATION STUDY

[10.29073/jim.v4i1.748](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.748)

Receção: 02/05/2023 Aprovação: 24/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Nélio Rodrigues ^a; Élvio Jesus ^b; Merícia Bettencourt ^c; Bruna Ornelas ^d;

^a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, neliorodrigues1981@gmail.com; ^b Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, elviohjesus@gmail.com; ^c Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, mbettencourt@esesjcluny.pt; ^d Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, bornelas@esesjcluny.pt;

RESUMO

Enquadramento: O Comprometimento Organizacional (CO) tem influência no absentismo, turnover, pontualidade, comportamentos de cidadania e desempenho. Colaboradores comprometidos são determinantes na obtenção de vantagens competitivas e sucesso das organizações.

Objetivos: Descrever os níveis de CO dos Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, a sua associação com as diversas variáveis de caracterização e a sua correlação com a variável idade.

Método: Quantitativo, transversal e descritivo, com recurso à escala de comprometimento organizacional.

Resultados: N de 133 e n de 114 enfermeiros de reabilitação. O valor médio do CO global foi de 4,50. A componente afetiva obteve um score de 5,04, a calculativa 4,51 e a normativa 3,95. Revelam maiores níveis de CO os enfermeiros: a exercer funções nas redes regionais de cuidados continuados e serviços hospitalares; género masculino; idades mais avançadas; há mais tempo na instituição; viúvos; licenciados; exercendo, simultaneamente, funções de gestão e prestação de cuidados especializados; com contrato de trabalho em funções públicas; com horário fixo e que não pretendem mudar de serviço. Na componente afetiva foi identificada uma correlação significativa, positiva e fraca, com idades mais avançadas associadas a scores mais elevados ($Rho=.0214$, $n=86$, $p=.048$).

Conclusão: Os enfermeiros integrantes da amostra estão em média moderadamente comprometidos com a organização, sendo a componente afetiva a que apresentou valores mais expressivos, seguindo-se a calculativa e a normativa. Futuras pesquisas devem estudar a relação das diversas variáveis de caracterização com os níveis de CO.

Palavras-Chave: Enfermagem; Comprometimento Organizacional; Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira.

ABSTRACT

Background: The organizational commitment, has an influence on phenomena such as absenteeism, turnover, punctuality, citizenship behaviors and in the performance of employees, demonstrating that committed employees are decisive in obtaining competitive advantages and in the success of all organizations.

Aims: Describe the levels of organizational commitment, in the affective, calculative and normative components, of the Rehabilitation Nurses of the Health Service of the Autonomous Region of Madeira, as well as the association between the levels of Organizational Commitment and the characterization variables of the study population and the correlation with the variable age.

Methodology: Quantitative, cross-sectional and descriptive study. Measurement using the organizational commitment scale.

Results: N of 133 and n of 114 rehabilitation nurses. The global organizational commitment presented an average value of 4.50, whereas in the affective component the average was 5.04,

followed by calculative component with 4,51 and normative with 3,95. Higher levels of organizational commitment was obtained in nurses: working in inpatient rehabilitation facilities and at the Hospital care; male gender; older age; working longer in the institution; widowers; with a bachelor's degree; simultaneously exercising management and providing specialized care; with public functions employment contract; with fixed schedule; who do not intend to change workplace currently. Only in affective component of organizational commitment was identified a significant, positive and weak correlation, with older ages associated with higher scores in the affective component of organizational commitment ($Rho = .0214$, $n = 86$, $p = .048$).

Conclusions: The nurses who are part of this study are on average moderately committed to the organization. The affective component was the one that obtained more expressive values following the calculative and normative components. Future research should study the correlation of characterization variables on levels of organizational commitment.

Keywords: Nursing; Organizational Commitment; Health Service of the Autonomous Region of Madeira.

1. INTRODUÇÃO

Desde sempre que o foco principal da atividade de qualquer organização assenta na obtenção de resultados favoráveis. Bons resultados implicam bom planeamento e persecução e concretização de objetivos. Ganhando este desiderato mais significado quando falamos em organizações cujo centro da ação são os ganhos em saúde.

Assim, é imperativo para qualquer organização de saúde, em primeira instância, investir na otimização e qualidade dos serviços prestados. Resultados positivos irão se traduzir em ganhos em saúde tanto para o cliente, prevenindo a doença ou obtendo uma recuperação efetiva de modo mais célere, como para a própria instituição, ao conseguir reduzir os custos associados a internamentos mais longos.

A excelência da qualidade de cuidados depende de vários fatores, nomeadamente dos recursos materiais, técnicos e humanos. No entanto, face às atuais adversidades sociais e económicas do país e da região, em particular no setor da saúde, a escassez de recursos financeiros obriga a necessárias medidas de contenção de custos. Os recursos humanos, por este motivo, vêm as dotações aquém do desejável na grande maioria dos serviços em particular na área da enfermagem.

Dotações de recursos humanos abaixo das desejáveis, associadas a falhas a nível das condições de trabalho e à insuficiente valorização do papel do enfermeiro, constituem fatores que podem levar a uma

diminuição dos níveis de comprometimento organizacional (CO).

O comprometimento dos recursos humanos com a organização é crucial para os interesses pessoais, profissionais e o desenvolvimento organizacional (Lima et al., 2015). A evidência científica aponta o CO do enfermeiro como preditor do desempenho, com significativo impacto na qualidade dos cuidados e satisfação dos clientes. O CO é determinante para o compromisso com os clientes, bem como para o desenvolvimento de comportamentos positivos, minimizando aspetos negativos como conflitos e exaustão (Karami et al. 2017; Nunes e Gaspar 2014).

Em termos teóricos, o CO é entendido como uma ligação psicológica entre o indivíduo e a organização que influencia a sua decisão de permanência na organização e a contribuição para o alcance de resultados (Porter et al, 1974).

São vários os fatores que podem influenciar os níveis de CO dos colaboradores, sendo os fatores sociodemográficos os mais prevalentes nos estudos (Bexiga, 2018; Ferreira, M., 2005; Labrague et al., 2018; Sepahvand et al., 2017; e Silva, 2011).

Foi com base nestes pressupostos e tendo como alvo os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de reabilitação (EEER) do serviço de saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), que surgiu a intenção do desenvolvimento desta investigação que tem como questões de investigação: Qual o nível de CO dos EEER que desempenham funções

no SESARAM? Qual a relação entre os níveis de CO dos EEER e as suas características sociodemográficas?

A elaboração deste estudo, do tipo transversal, quantitativo e descritivo, inédito na região, teve como objetivos: descrever o nível de CO dos EEER na Região Autónoma da Madeira (RAM), analisar a associação existente entre o CO e as características sociodemográficas e a relação existente entre os valores de CO e a idade dos EEER alvo de estudo.

A presente investigação reveste-se de grande pertinência pois facultará dados que permitirão enriquecer o conhecimento sobre os níveis de comprometimento dos EEER. Esta informação permitirá à entidade empregadora onde se desenvolveu este estudo, ou a outras organizações de saúde, sustentar uma tomada de decisão e a implementação de políticas mais assertivas, indo ao encontro das reais expectativas dos enfermeiros. Os resultados deste estudo poderão ainda ter utilidade ao servir de base para futuras investigações que visem caracterizar os cuidados de Enfermagem de Reabilitação na RAM, bem como analisar a relação existente entre as variáveis de caracterização e os níveis de CO dos enfermeiros.

1.1. COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL

Desde a origem do conceito comprometimento, no estudo de Beker (1960), que se tem assistido a uma evolução natural no modo de o interpretar assim como nas teorias que lhe servem de base.

Na teoria de Beker (1960), o comprometimento é uma explicação clara para os comportamentos humanos consistentes, baseados no conceito de *side-bets*. Estas “*side bets*” são caracterizadas pelo facto de o colaborador fazer um investimento (tempo, dinheiro, esforço) numa organização, investimento este que poderá perder se abandonar a organização. O autor revela então que o nível de comprometimento será diretamente proporcional ao número de investimento feito pelo indivíduo na organização, teoria comprovada mais tarde por Alutto et al, (1973), Mowday et al, (1982), Meyer e Allen, (1984).

Na década de 70, altura em que o CO começa a ser estudado de forma mais estruturada por autores como Poter, Steers e Mowday (1974), o conceito é considerado como uma orientação afetiva ou emocional que o indivíduo dirige à organização, surgindo assim o comprometimento afetivo. São estes autores que desenvolveram o primeiro instrumento de medição do CO, o Organizational Commitment Questionnaire (OCQ).

Na década seguinte, o CO é estudado em conjunto com os fatores que influenciam o trabalho, no entanto, foi considerado uma medida empiricamente distinta das medidas de satisfação e envolvimento no trabalho, nos estudos realizado por Mathieu e Farr (1991). Nesta fase, o CO deixa de ser um conceito abordado isoladamente, começando a ser estudado conjuntamente com outras variáveis que influenciam o comportamento dos indivíduos nas organizações (Shore & Martin, 1989).

É também a partir da década de 80 que a comunidade científica começa a interessar-se pela compreensão não só dos determinantes, mas também, das consequências dos diferentes níveis de CO. Os estudos passam a assentar não só diretamente no comportamento dos colaboradores, mas também, nos ganhos das empresas indiretamente, como ficou demonstrado pelos estudos de Mottaz, (1988) e de Sheikh, (2017).

Na década seguinte, Meyer e Allen (1997), definem CO como a relação psicológica que os colaboradores estabelecem com a organização na qual desempenham as suas funções.

Numa revisão bibliográfica acerca do conceito, os autores consideram que apesar de haver muitas e variadas definições de CO, as mesmas podem agregar-se em três vertentes fundamentais; a relacionada a laços afetivos com a organização (componente afetiva); a que tem por base os custos percebidos associados à saída de uma organização (componente calculativa); e a que tem por base a obrigação moral em permanecer na organização (componente normativa) (Meyer & Allen, 1991). Foi com base nesta interpretação das variadas definições do

conceito que os autores desenvolveram o modelo tridimensional do CO, aprofundado mais à frente, o qual norteia a criação da escala, que ainda hoje serve de referência para os estudos que pretendem avaliar o nível de CO dos colaboradores enquanto ativos das organizações.

1.2. O COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

As mudanças e reestruturações que têm vindo a ser implementadas no sector público poderão interferir na relação dos colaboradores com as organizações, nomeadamente as reformas legislativas dos últimos anos no setor da saúde em Portugal, que visaram aspetos meramente económicos, descorando, muitas vezes, as questões que dizem respeito aos colaboradores enquanto pessoas no mundo do trabalho (Nunes & Gaspar, 2017). O mesmo aconteceu em outros países, onde as mudanças e reestruturações organizacionais, com grande impacto no CO dos colaboradores, determinaram consequências nas organizações de saúde em geral e nos serviços de Enfermagem em particular (Camelo, 2009).

A evidência recente demonstra que o nível de CO dos colaboradores de organizações da área da saúde tem significativo impacto no desempenho individual e organizacional, e na prestação de cuidados mais eficazes e eficientes (Karami et al., 2017). No entanto, verificamos que muitas organizações desvalorizam essa vertente, mantendo vínculos laborais cada vez mais precários e condições de trabalho menos favoráveis, não se revelando interesse na influência direta e negativa nos níveis de CO, e no seu impacto negativo na aquisição de ganhos em saúde, nomeadamente a nível da qualidade de desempenho e da segurança dos cuidados (Nunes & Gaspar 2017).

Zangaro (2001), numa revisão bibliográfica que pretende clarificar o conceito de CO no âmbito da Enfermagem, defende que o comprometimento dos colaboradores com as organizações era uma questão crucial no mercado de saúde. Conhecer os factos relacionados com o CO dos Enfermeiros, pode

auxiliar os gestores na eliminação de fragilidades nas organizações, tornando-as mais competitivas. Este aspeto ganha tanto mais importância quando os enfermeiros representam uma parcela significativa dos recursos humanos alocados às instituições de saúde (Ferreira, 2013; Karami et al., 2017).

Embora, sendo o maior grupo profissional na área da saúde, a verdade é que, segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal é dos Países com o mais baixo rácio de Enfermeiros/1000 habitantes. A média dos Países da OCDE situa-se nos 9.3 Enfermeiros/1000 habitantes e Portugal tem no SNS 6.9 Enfermeiros/1000 habitantes. Na RAM esse valor é de 8,48 Enfermeiros/1000 habitantes, cerca de 1,5 pontos acima da média nacional (OE, 2018). Os números revelam que o País sofre ainda com uma grande escassez de Enfermeiros, estando aquém das dotações seguras, o que, entre outros aspetos, coloca em causa a qualidade e segurança dos cuidados.

A este nível importa salientar que a escassez de Enfermeiros contribui para o aumento da insatisfação no trabalho, devido à sobrecarga que associada à falta de condições materiais, físicas e humanas do ambiente, leva a um aumento do sentimento de intenção de sair da organização, característico do comprometimento calculativo (Freitas, 2015).

Considerando a conjuntura atual do País e da Região; o significativo impacto das condições de trabalho, assim como das dotações seguras das organizações de saúde no CO dos Enfermeiros; as implicações diretas nos ganhos em saúde de níveis satisfatórios de CO; e o facto de na RAM não ter sido encontrado qualquer estudo nesta área, tornou-se pertinente a realização da presente investigação.

2. METODOLOGIA

Atendendo aos objetivos e às características da presente investigação, optou-se por um tipo de estudo com um desenho transversal, quantitativo e descritivo. Este estudo teve como população alvo o grupo de EEER a desempenhar funções nos Serviços do SESARAM E.P.E., na data da avaliação

(05/06/2019). A principal variável em estudo foi o CO, nos seus componentes afetivo, normativo e calculativo. Como variáveis de caracterização consideraram-se aquelas referentes à caracterização sociodemográfica da população em estudo.

No que concerne às variáveis, o CO foi a variável dependente em estudo, pretendendo-se caracterizar a população dos EEER da RAM relativamente aos níveis de CO quer do ponto de vista global quer especificamente nas suas três componentes. Como variáveis independentes foram consideradas: a idade, a antiguidade os contextos da prática, género, estado civil, número de filhos, número de familiares a seu cargo, cônjuge trabalha fora de casa, cônjuge com trabalho por turnos, formação académica, problemas de saúde, hábitos tabágicos, prática de atividade física, tipo de função que exerce na maior parte dos turnos, tipo de vínculo laboral, tipo de horário e atividade laboral secundária.

A CO foi avaliada com recurso à aplicação do Escala de Comprometimento Organizacional (ECO) de Meyer e Allen (1991 & 1997), traduzida e validada para a população portuguesa por Nascimento et al. (2008). Esta escala é composta por três subescalas que pretendem avaliar as componentes/dimensões afetiva, normativa e calculativa do comprometimento. As variáveis independentes foram apuradas através da aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica.

A escala do CO é composta por 19 itens dos quais 6 pertencem à subescala de compromisso afetivo (sendo que 3 são invertidos). 7 itens pertencem à subescala de compromisso calculativo e seis itens à subescala que visa medir o compromisso normativo (sendo 1 invertido).

No que se refere às 3 componentes avaliadas a dimensão afetiva diz respeito às características pessoais do funcionário, do emprego, vivências laborais e características estruturais. Esta dimensão centraliza-se nos antecedentes laborais, essencialmente, nas vivências que os funcionários precisam para se sentirem bem psicologicamente, conectados com a sua empresa levando-os a

desempenhar o seu trabalho com efetividade e a permanecer na instituição porque gostam dela (Mowday, Porter & Steers 1982, citados por Paiva & Morais, 2012). A dimensão calculativa é descrita como o nível em que os funcionários se sentem “presos” e obrigados a permanecer na empresa devido aos elevados custos e perdas que estão associados à sua saída (Jaros, Jeremier, Koehler & Sincich, 1993 citados por Freitas, 2010). A dimensão normativa centra-se no processo em que os funcionários se sentem conectados e comprometidos psicologicamente com a empresa por esta representar uma extensão dos seus próprios valores, propósitos e missão (Paiva & Morais, 2012).

A seleção das respostas da escala do CO é baseada na utilização de uma escala do tipo likert, com sete posições que variam entre “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (7). Considera-se como ponto de corte o valor 3,5.

As pontuações decorrentes da aplicação da escala de Likert são atribuídas e agregadas por forma a obter os scores para o CO, variando entre 17 e 133. Quanto mais elevados os scores, maior o nível de CO. A soma dos scores obtidos em cada um dos três componentes permite obter o nível global de CO.

O modelo da escala de CO revisto em 1997, apresentou valores de consistência interna acima dos 0,7 em cada uma das três subescalas do CO afetivo, normativo e calculativo, com alfa de Cronbach de 0,85, 0,73 e 0,79 respetivamente. O estudo de validação desta escala para a população portuguesa, revelou valores de consistência interna superiores aos obtidos pelos autores do instrumento, sendo que em cada uma das subescalas do comprometimento afetivo, normativo e calculativo se obtiveram alfas de Cronbach de 0,91, 0,84 e 0,91 respetivamente.

A colheita de dados aconteceu entre os dias 5 e 14 de junho de 2019. Todo o processo de colheita de dados efetuou-se tendo em conta as diretrizes éticas preconizadas para a área da investigação clínica. Antes da aplicação do instrumento de colheita de dados, todos os EEER que compõem a amostra foram

informados sobre a natureza e objetivos do projeto, assim como da metodologia a aplicar. Ao longo de todo o processo, foram garantidas as condições de privacidade e confidencialidade dos participantes bem como dos dados recolhidos. Os dados recolhidos cingiram-se ao estritamente necessário para o estudo das variáveis, sendo toda a informação lançada em bases de dados de modo codificado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um N inicial de 133 EEER, foram excluídos 15 por se encontrarem ausentes do serviço, na data da colheita dos dados e 4 recusaram-se a participar no estudo, obtendo-se um n de 114 EEER. No que se refere à caracterização da amostra (Tabela 1) a maioria dos EEER (42,98%), estão afetos a serviços do Hospital Dr. Nélio Mendonça. O sexo feminino

representa cerca de 61,40% da amostra. Quanto à idade os intervalos mais representativos são os de 30 a 40 e de 40 a 50 anos com 24,56% e 26,32% do total da amostra respetivamente. A maioria, 64,91%, desempenha funções na organização entre 5 e 25 anos. Quanto ao estado civil, 71,05% da amostra é casada e 95,61% possui o grau académico de licenciado. Na maior parte do tempo, 59,65% da amostra, exerce apenas cuidados especializados e 65,7% têm contrato de trabalho em Funções Públicas. O tipo de horário fixo é usufruído por cerca de 92,92%. No que respeita a intenção de pedir transferência para outro serviço, denota-se que esse propósito é considerado apenas por 22, 81% da amostra.

Tabela 15 – Dados de caracterização da amostra

	<i>n</i>	<i>%</i>
Contexto da Prática		
<i>Hospital Nélio Mendonça</i>	49	42,98
<i>Hospital de Internamento Médico</i>	14	12,28
<i>Unidade de Internamento de Longa Duração</i>	11	9,65
<i>Rede Regional de Cuidados Continuados</i>	10	8,77
<i>Cuidados de Saúde Primários</i>	30	26,32
Género		
<i>Masculino</i>	44	38,60
<i>Feminino</i>	70	61,40
Idade (Grupos etários por anos)		
<i>30–40</i>	28	24,56
<i>40–50</i>	30	26,32
<i>50–60</i>	22	19,30
<i>60–70</i>	2	1,75
<i>Omissos</i>	32	28,07
Antiguidade (por anos)		
<i>De 5 a 25</i>	74	64,91
<i>Mais de 25</i>	38	33,33

Omissos	2	1,75
---------	---	------

Estado Civil

Solteiro(a)	16	14,04
Casado(a)/União de Facto	81	71,05
Viúvo(a)	5	4,39
Divorciado(a)	12	10,53

Formação académica do EEER

Licenciatura	109	95,61
Mestrado ou superior	5	3,39

Função que exerce

Gestão	26	22,81
Cuidados Especializados	68	59,65
Cuidados Gerais	8	7,02
Gestão e Cuidados Especializados	8	7,02
Cuidados Especializados e Cuidados Gerais	3	2,63

Tipo de vínculo laboral

Contrato de trabalho em funções públicas	73	65,77
Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado	36	32,43
Outro tipo de vínculo	2	1,80

Tipo de horário

Fixo	105	92,92
Rotativo	8	7,08

Intenção de mudar de serviço

Sim	26	22,81
Não	42	36,84

No que concerne à caracterização dos níveis de comprometimento organizacional (Tabela 2) verifica-se que relativamente à dimensão afetiva a média obtida foi de 5,04, a mediana de 5,16 e o desvio padrão de 1,32. Relativamente à dimensão calculativa os valores da média foram de 4,51, os de mediana de 4,71 com um desvio padrão de 1,24. Quanto ao comprometimento normativo

foram obtidos valores da média de 3,95, de mediana 4 e desvio padrão de 1,23.

Em todas as 3 dimensões da escala os valores da média encontram-se acima do ponto de corte, situando-se nos 4,52, podendo então dizer-se que os EEER se encontram maioritariamente comprometidos com a organização. A dimensão do comprometimento afetivo foi a que apresentou

scores de CO mais elevados seguindo-se a dimensão calculativa e por fim a dimensão normativa. Analisando estes resultados podemos afirmar que nos EEER do SESARAM, a dimensão do comprometimento afetivo apresenta-se forte e consistente, o que se traduz por uma entrega e apego emocional da maioria dos Enfermeiros à organização onde trabalham (Meyer & Allen, 1991). Por outro lado, os níveis de comprometimento normativo são os mais baixos, verificando-se um sentimento de fraca obrigação e dever moral para com a organização por parte da amostra.

Os resultados apurados no nosso estudo vão de encontro aos resultados de diversos estudos nacionais nomeadamente: Santos (2008), em que numa amostra, constituída por 118 enfermeiros, em contexto hospitalar, os valores médios de CO foram de 4,10 para a componente afetiva, 3,88 para a calculativa e 3,13 para a normativa; Nunes e Gaspar (2017), em que numa amostra de 408 enfermeiros a trabalhar em Hospitais, obteve resultados superiores, nomeadamente 4,12 no CO global, sendo 4,54 o valor da componente afetiva, 4,32 da calculativa e 3,51 da normativa. Já a nível internacional a realidade é semelhante, Jones (2015), numa amostra de 145 Enfermeiros afetos a unidades hospitalares nos Estados Unidos da América, obteve valores de CO global de 4,09, sendo a componente afetiva a mais cotada com 4,5, seguida da calculativa com 4,4 e da normativa com 3,37. Karami et al. (2017), numa amostra de 230 Enfermeiros afetos a unidades hospitalares, foi obtido um valor global médio de 3,03, sendo a componente afetiva a mais pontuada com 3,06, seguida pela componente normativa com 3,04 e pela componente calculativa com 2,99. Ainda na vertente internacional é de destacar que, dos estudos analisados, o nível médio de CO global mais elevado foi apurado por Lima et al. (2015),

num estudo com Enfermeiros no Brasil, (tendo utilizado uma escala de 0 a 100), onde se obteve um score médio de 72,58%. O autor atribui estes resultados ao facto de as instituições oferecerem aos colaboradores uma carreira estável e a possibilidade de qualificação contínua. Por outro lado, entre os estudos analisados o que obteve um menor score de CO global foi o de Sepahvand et al. (2017), desenvolvido na cidade de Khorramabad no Irão, onde os enfermeiros revelaram um score médio de CO de 3,64. O autor relaciona este score médio baixo com uma deficiente dotação de enfermeiros; o aumento da pressão no trabalho; a falta de benefícios adequados e o relacionamento pouco adequado com gerentes e médicos.

Com a exceção do estudo de Lima (2015) que não utilizou a escala de Meyer e Allen (1991), e do estudo de Sepahvand et al. (2017), onde a vertente calculativa foi a mais cotada, nos restantes estudos, à imagem do presente estudo, a componente afetiva foi a que obteve um maior percentual. Por outro lado, a componente normativa, tal como no presente trabalho, revelou valores mais baixos na maioria dos estudos, o que segundo Santos (2008), pode estar relacionado com o insuficiente respeito e apoio aos enfermeiros por parte da organização, assim como com as escassas oportunidades de crescimento profissional concedidas, impossibilitando, desse modo, o desenvolvimento do potencial profissional. O facto da dimensão calculativa do CO revelar, neste estudo, e na grande parte daqueles acima referidos, valor superior à componente normativa pode estar relacionado com o contexto social e económico, existindo uma perceção geral da falta de empregos alternativos noutras organizações de saúde, forçando os enfermeiros a permanecer nas suas organizações (Nunes & Gaspar, 2017).

Tabela 16 – Componentes do CO: valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão (n=114)

Componentes do Comprometimento	Mínimo	Máximo	X*	Mediana	S2
<i>Afetiva</i>	1,67	6,83	5,04	5,16	1,09
<i>Calculativa</i>	1,71	7	4,51	4,71	1,24
<i>Normativa</i>	1,00	6,33	3,95	4	1,23
Total	1,53	6,21	4,5	4,52	0,91

* Valor médio de acordo com a escala de Likert de 1 a 7.

No que concerne aos contextos da prática, de acordo com a Tabela 3, podemos constatar que nos cinco contextos considerados, a maioria da amostra se encontra comprometida com a organização. A maior taxa de CO foi apurada nas unidades hospitalares e nos

serviços da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI), ambos com uma percentagem de 100%. As UILD foram o contexto da prática onde os EEER apresentaram uma menor taxa de CO com uma percentagem de 81,82%.

Tabela 17 – Níveis de CO por contextos da prática

Categoria Comprometimento	<i>HNM</i>		<i>HIM</i>		<i>UILD</i>		<i>RRCCI</i>		<i>CSP</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Não comprometido</i>	8	16,33	0	0,00	2	18,18	0	0,00	3	10,00
<i>Comprometido</i>	41	83,67	14	100,00	9	81,82	10	100,00	27	90,00
Total	49	100,00	14	100,00	11	100,00	10	100,00	30	100,00

Nota: HNM=Hospital Nélcio Mendonça; HIM= Hospital de Internamento Médico; UILD=Unidade de Internamento de Longa Duração; RRCCI=Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados; CSP=Cuidados de Saúde Primários.

Os resultados apurados são díspares dos obtidos por Miedaner et al. (2018), cujo estudo revelou menores níveis de CO em enfermeiros de hospitais de maiores dimensões. Miedaner et al. (2018) justificam esta tendência pelo facto de ser mais difícil os enfermeiros se identificarem com a organização em hospitais maiores. Por outro lado, a evidência demonstra que a interação entre a equipa multidisciplinar, fenómeno que é mais difícil de acontecer em unidades de saúde maiores, relaciona-se positivamente com os níveis de CO, sendo importante, unidades de saúde

maiores fomentarem este tipo de relação de modo a fortalecer os laços pessoais. Por outro lado, e independentemente da dimensão da organização, estudos comprovam que a ênfase dada pelos gestores na melhoria da qualidade dos cuidados, favorece os níveis de CO. Por este motivo é importante consciencializar os gestores da sua influência, tendo nesta base mais um motivo para a implementação de políticas que objetivem a melhoria da qualidade de cuidados (Miedaner, et al., 2018).

A falta de recursos materiais, assim como dotações de profissionais abaixo das necessárias constituem, não só um risco para a segurança da prestação de cuidados, como também um fator que pode gerar níveis baixos de CO (Labrague et al., 2018). As RRCCI, por possuírem melhores recursos materiais, com centros de promoção de autonomia devidamente equipados, assim como dotações de EEER adequados à demanda dos serviços, podem constituir fatores que estejam na base de níveis mais altos de CO nestas

unidades, no entanto melhor evidência torna-se necessária.

Quanto ao género, as taxas de CO apuradas foram elevadas e semelhantes em ambos os géneros, havendo uma diferença mínima abonatória a favor do género masculino que apresentou uma taxa de CO de 88,64%, enquanto o CO do género feminino foi de 88,57% (Tabela 4). Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos nos estudos de Bexiga (2018), Mowaday (1982) e Neves (2018).

Tabela 18 – Níveis de CO por género

Categoria Comprometimento	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Não comprometido</i>	5	11,36	8	11,43
<i>Comprometido</i>	39	88,64	62	88,57
Total	44	100,00	70	100,00

Relativamente à idade, observamos que os EEER com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos são aqueles que apresentam maiores níveis de CO, com um percentual de

100%. Os mais baixos níveis de CO são observados nos EEER com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos (Tabela 5).

Tabela 19 – Níveis de CO por idade

Categoria Comprometimento	30–40*		40–50*		50–60*		60–70*	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Não comprometido</i>	4	14,29	1	3,33	2	9,09	0	0,00
<i>Comprometido</i>	24	85,71	29	96,67	20	90,90	2	100,00
Total	28	100,00	30	100,00	22	100,00	2	100,00

* Intervalo de idades em anos.

Estes resultados são consistentes com os obtidos por Bexiga, (2018), Ferreira (2005), Jafari et al. (2015), Karami et al. (2017), Labrague et al. (2018), Mathieu e Zajac (1990). Mathieu e Zajac (1990) consideraram que, no geral, esta tendência poderia ficar a dever-se a um vínculo emocional que se estabelece

com o passar dos anos entre os enfermeiros e a organização, levando estes a sentirem-se identificados com os problemas da mesma. Ferreira (2005), sustentou que trabalhadores com mais idade podem considerar a existência de mais custos com a sua saída da organização, maiores dificuldades de

adaptação a novo local de trabalho ou por questões pessoais e familiares. Colaboradores mais velhos podem obter maiores níveis de CO, por se sentirem mais ligados à organização, pelo vencimento ou pela formação específica (Allen & Meyer, 1990).

No respeitante à antiguidade na instituição os valores apurados foram semelhantes em

Tabela 20 – Níveis de CO por antiguidade na instituição

Categoria Comprometimento	de 5 a 25*		mais de 25*	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Não comprometido</i>	8	10,81	4	10,53
<i>Comprometido</i>	66	89,19	34	89,47
Total	74	100,00	38	100,00

* Anos de antiguidade na instituição.

Os achados dos estudos de Bexiga (2018), Ferreira, (2005), Jafari et al. (2015), Karami et al. (2017), Labrague et al. (2018), Mathieu e Zajac (1990), Miedaner et al. (2018) e Sepahvand et al. (2017), vão de encontro aos resultados obtidos no presente estudo. Níveis mais elevados de CO estão associados a enfermeiros com maior experiência profissional, devido ao facto de frequentemente possuírem posições mais consolidadas na instituição ou terem maiores

ambos os grupos. No entanto, EEER com 25 ou mais anos de serviço foram aqueles que apresentaram um maior nível de CO, correspondendo a uma taxa de 89,47% (Tabela 6).

probabilidades de virem a exercer cargos de gestão (Jafari et al.,2015).

No que concerne à variável estado civil, os EEER viúvos(as), são os que apresentam um maior CO (100%). Os divorciados(as) são aqueles que apresentam um CO mais baixo (83,33%) (Tabela 7). Estes resultados aproximam-se dos obtidos por Ferreira (2005), onde os viúvos juntamente com os divorciados apresentavam maiores índices de CO.

Tabela 7 – Níveis de CO por estado civil

Categoria Comprometimento	Solteiros		Casados		Viúvos		Divorciados	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Não comprometido</i>	1	6,25	10	12,35	0	0,00	2	16,67
<i>Comprometido</i>	15	93,75	71	87,65	5	100,00	10	83,33
Total	16	100,00	81	100,00	5	100,00	12	100,00

Quanto ao nível de formação académica, segundo a Tabela 8, os que apresentaram uma maior taxa de CO foram os EEER com Licenciatura (88,99%). Os EEER com nível de formação académica Mestrado ou superior,

são os que revelaram menos comprometimento com a organização com uma taxa de CO de 80,00%. Estes resultados são consistentes com os obtidos por Jafari et al. (2015) e Mathieu e Zajac (1990). A falta de

proporcionalidade entre o vencimento e o nível de formação pode estar na origem de níveis inferiores de CO em EEER com grau de Mestre ou Doutor (Jafari et al., 2015). Mathieu e Zajac (1990), citando Mowday et al. (1982),

referem que a relação inversa entre grau de formação e nível de CO pode resultar do fato de que indivíduos mais formados possuam maiores expectativas que a organização pode não ser capaz de atender.

Tabela 8 – Níveis de CO por nível de formação académica

Categoria Comprometimento	Licenciatura		Mestrado ou superior	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Não comprometido</i>	12	11,01	1	20,00
<i>Comprometido</i>	97	88,99	4	80,00
Total	109	100,00	5	100,00

No que diz respeito ao tipo de função exercida, os níveis de CO são maiores nos EEER que, na maior parte do tempo, acumulam cargos de gestão e cuidados especializados, com uma taxa de 100%. Os EEER que acumulam

funções de cuidados gerais e cuidados especializados são aqueles que apresentam menores níveis de CO com uma taxa de 66,67% (Tabela 9).

Tabela 9 – Níveis de CO por tipo de função exercida

Categoria Comprometimento	G		CE		CG		GCE		CECG	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Não comprometido</i>	1	3,85	9	13,24	2	25,00	0	0,00	1	33,33
<i>Comprometido</i>	25	96,15	59	86,76	6	75,00	8	100,00	2	66,67
Total	26	100,00	68	100,00	8	100,00	8	100,00	3	100,00

Nota: G=Gestão; CE=Cuidados Especializado; CG=Cuidados Gerais; GCE=Gestão e Cuidados Especializados; CECG=Cuidados Especializados e Cuidados Gerais.

Os valores apurados vão de encontro aos obtidos por Bexiga (2018), Jafari et al. (2015), Labrague et al. (2018), Miedaner et al. (2018), Sepahvand et al. (2017) e à meta-análise de Mathieu e Zajac (1990). Labrague et al. (2018), associam níveis de CO mais elevados nos enfermeiros com cargos de gestão ao facto de ocuparem cargos hierarquicamente superiores, usufruindo, por essa razão, de compensações e remuneração mais elevadas, assim como de melhores oportunidades de progredir na carreira, e ainda pelo facto de

serem convidados a participar na tomada de decisões da organização, à semelhança do que acontece com os EEER com o grau de Mestre.

Relativamente ao tipo de vínculo laboral, os EEER com outro tipo de vínculo são os mais comprometidos com a organização, 100%. Os menos comprometidos são os EEER com contrato individual de trabalho por tempo indeterminado, 86,11% (Tabela 10). A presente pesquisa revelou que EEER sem

contrato efetivo de trabalho, embora representando apenas 2,26% da amostra, apresentam maiores níveis de CO. Este resultado é consistente com os obtidos por Bexiga (2018), Ferreira (2005), Karami et al. (2017) e Silva (2001), e pode ficar a dever-se ao facto de que estes profissionais “pretendem

demonstrar que merecem fazer parte da organização, que aderem ao seu projeto e reconhecem os custos de a deixar.” (Ferreira, 2005), p. 249.

Tabela 10 – Níveis de CO por tipo de vínculo

Categoria Comprometimento	<i>CTFP</i>		<i>CITTI</i>		<i>OTV</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Não comprometido</i>	8	10,96	5	13,89	0	0,00
<i>Comprometido</i>	65	89,04	31	86,11	2	100,00
Total	73	100,00	36	100,00	2	100,00

Nota: CTFP=Contrato de trabalho em funções públicas; CITTI=Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado; OTV=Outro tipo de vínculo.

Quanto ao tipo de horário, os EEER mais comprometidos com a organização são aqueles que cumprem um horário fixo, com uma percentagem de CO de 88,57%, no entanto a taxa de CO dos EEER que têm horário rotativo é bastante semelhante assumindo um valor de 87,50% (Tabela 11).

Os resultados vão de encontro aos obtidos por Sepahvand et al. (2017). Problemas específicos relacionados ao facto de trabalharem nos turnos da tarde, noite e feriados, estão na base de níveis de comprometimento mais baixos nos enfermeiros que trabalham por turnos rotativos (Sepahvand et al., 2017).

Tabela 11 – Níveis de CO por tipo de turno

Categoria Comprometimento	<i>Fixo</i>		<i>Rotativo</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Não comprometido</i>	12	11,43	1	12,50
<i>Comprometido</i>	93	88,57	7	87,50
Total	105	100,00	8	100,00

Quanto à intenção de pedir transferência para outro serviço, constatamos que do total de EEER que não pretende fazê-lo atualmente, 90% apresentam-se comprometidos com a organização. Por outro lado, do total de EEER que pretende pedir mudança de serviço, 76,92% apresentam níveis de CO acima do

ponto de corte, ou seja, estão comprometidos com a organização (Tabela 12).

Analisando o total de respostas obtidas, constatamos que os EEER que apresentam níveis mais baixos de CO demonstram uma maior vontade em pedir transferência de serviço, resultados que são consistentes com as pesquisas de Bexiga (2018), Mathieu e

Zajac (1990), Meyer e Allen (1991), Mowday
Porter e Steers (1982), Neves (2018) e Porter,
Steers e Boulian (1973).

Tabela 12 – Níveis de CO por intenção de pedido de transferência para outro serviço

Intenção de pedir transferência para outro serviço

Categoria Comprometimento	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Não comprometido</i>	4	9,52	6	23,08
<i>Comprometido</i>	38	90,48	20	76,92
<i>Total</i>	42	100,00	26	100,00

No que concerne aos dados de estatística inferencial a relação entre a idade e o CO, foi calculada utilizando a correlação de Spearman. Analisando os dados da Tabela 13, constata-se que entre a idade e o CO global não se verifica uma correlação significativa, ($Rho = .099$, $n=86$, $p=.356$). Ao analisar a relação entre a idade e cada uma das dimensões do CO, apenas na componente afetiva foi identificada uma correlação significativa, positiva e fraca, com idades mais avançadas associadas a scores mais elevados de CO ($Rho=.214$, $n=86$, $p=.048$). Estes achados são consistentes com os obtidos por Bexiga (2018), Nunes e Gaspar (2014), Jones

(2015), Sepahvand et al. (2017), Karami et al. (2017), Mathieu e Zajac (1990), Meyer e Allen (1997), e discordantes dos valores dos estudos de Labrague et al. (2018) e Jafari et al. (2015). Mathieu e Zajac (1990), concluíram que a idade se relaciona com a componente afetiva do CO, sugerindo que os trabalhadores mais velhos obtêm uma maior satisfação no trabalho, através de melhores posições hierárquicas, tendo uma “justificação cognitiva” para a sua permanência na organização.

Tabela 13 – Correlações bivariadas de Spearman entre a Idade e o Comprometimento organizacional e as suas componentes

	<i>n</i>	<i>Rho</i>	<i>p</i>
<i>Idade * QECO Score Total Médio</i>	86	.099	.356
<i>Idade * QECO Componente Afetiva</i>	86	.214	.048
<i>Idade * QECO Componente Calculativa</i>	86	.030	.782
<i>Idade * QECO Componente Normativa</i>	86	.016	.881

Nota: QECO= Escala de Comprometimento Organizacional.

4. CONCLUSÕES

Os achados deste estudo permitem-nos concluir que os EEER do SESARAM, apresentam um CO moderado (média de 4,50), sendo que a dimensão afetiva foi a mais dominante (5,04), seguida da calculativa (4,51) e da normativa (3,95). Com base nestes números podemos afirmar que os Enfermeiros permanecem na organização porque se identificam e gostam de pertencer à mesma, e só depois é que se mantêm porque precisam, seja por falta de alternativas ou pela quantidade de investimentos já feitos na organização. Por último, os Enfermeiros permanecem porque sentem um dever de obrigação em relação à organização.

No que concerne às variáveis de caracterização estudadas os resultados deste trabalho revelam que maiores níveis de CO está presente nos enfermeiros a exercer funções nas redes regionais de cuidados continuados e serviços hospitalares; do género masculino; com idades mais avançadas; há mais tempo na instituição; viúvos; licenciados; exercendo, simultaneamente, funções de gestão e prestação de cuidados especializados; com contrato de trabalho em funções públicas; com horário fixo e que não pretendem mudar de serviço.

A evidência tem vindo a demonstrar a relação de algumas características sociodemográficas com os níveis de CO. Assim, com recurso à correlação de Spearman, avaliou-se a relação entre a idade e o CO global, verificando-se a ausência de uma correlação significativa ($Rho=.099$, $n=86$, $p=.356$). Apenas na componente afetiva foi identificada uma correlação significativa, positiva e fraca, com idades mais avançadas associadas a scores mais elevados na componente afetiva do CO ($Rho=.0214$, $n=86$, $p=.048$). No entanto, são necessários mais estudos de elevado rigor científico, que correlacionem os níveis de CO global com a variável idade e outras variáveis de caracterização, de modo a se poderem obter resultados consistentes e com maior significância estatística.

Relativamente às limitações do estudo realça-se o facto de ter sido aplicado apenas a EEER.

Embora a amostra represente a população de Enfermeiros com a especialidade de reabilitação, não é representativa da globalidade dos Enfermeiros do SESARAM. Desta feita, não nos é possível generalizar os resultados a todos os Enfermeiros desta instituição. Considera-se que o alargamento deste estudo, a todos os Enfermeiros, tornaria a análise desta temática mais completa e revestida de maior significância e poder representativo do nível CO da classe. O apuramento de resultados mais consistentes e assume uma elevada importância na hora de tomada de decisões por parte dos superiores hierárquicos. Considerando as implicações para a prática de baixos níveis de CO, em especial nas organizações de Saúde, considero a realização de um estudo, sobre o nível de CO, com representatividade estatística uma das principais recomendações para futuras pesquisas. Considero igualmente pertinente a realização de investigações futuras sobre a correlação das outras variáveis de caracterização com os níveis de CO dos EEER da RAM.

A evidência comprova que os níveis de CO acarretam consequências para os colaboradores e organizações, assim seria interessante apurar a influência dos níveis de CO sobre o desempenho profissional, desempenho em equipa, absentismo, intenção de abandonar a organização e profissão e comportamentos de cidadania organizacional dos Enfermeiros do SESARAM.

No que concerne as implicações para a prática, os resultados deste estudo permitem aos superiores hierárquicos dos EEER do SESARAM, conhecer os níveis de CO destes Enfermeiros, assim como a sua associação com as diferentes variáveis de caracterização.

Espera-se que os achados da presente investigação, pioneira na região, acrescente contributos no sentido da melhoria da qualidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação em particular, nomeadamente no apoio à tomada de decisões dos gestores do SESARAM. Espera-se ainda que por esta via, os superiores hierárquicos sejam convidados a refletir sobre a influência do CO dos seus colaboradores na eficiência da prestação de

cuidados, assim como no impacto das suas determinantes e consequências nos ganhos em saúde, tanto para os clientes como para a organização.

BIBLIOGRAFIA

Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). Organizational Socialization Tactics: A Longitudinal Analysis of Links to Newcomers' Commitment and Role Orientation. *Academy of Management Journal*, 33(4), 847–858. Doi: 10.5465/256294

Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1–18. Doi: 10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x

Bexiga, E. S. J. (2018). O comprometimento organizacional e os comportamentos de cidadania organizacional dos enfermeiros de um hospital privado (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29485/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Mestrado%20Gest%c3%a3o.pdf>

Camelo S. H. H. (2009). Políticas de recursos humanos: sistema único de saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. *Revista de enfermagem Universidade do Estado de Rio de Janeiro*, 17(4), 589–594. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resou/rce/pt/bde-18028>

Ferreira, M. M. F. (2005). Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão (Tese de doutoramento, Universidade do Minho — Escola de Economia e Gestão). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/4383>

Freitas, M. (2015). Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde (Tese de doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/20702>

Jafari, S., Afshin, T., Jafari, K., Barzegar, M., (2015). Evaluation of organizational commitment among nurses in intensive care units. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 2(3), 38–43. Retrieved from http://jnms.mazums.ac.ir/files/site1/user_files_d258bd/telehealth-A-10-422-16-1a48868.pdf

Jones, A. (2015). Organisational commitment in nurses: Is it dependent on age or education? *Nursing Management*, 21(9), 29–36. Doi: 10.7748/nm.21.9.29.e1298

Karami, A., Farokhzadian, J., & Foroughameri, G. (2017). Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *PLOS ONE*, 12(11), 1–15. Doi: 10.1371/journal.pone.0187863

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Tsaras, K., Cruz, J. P., Colet, P. C., & Gloe, D. S. (2018). Perceptions of organizational commitment and turnover intention among rural nurses in the Philippines: Implications for nursing management. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 403–408. Doi: 10.1016/j.ijnss.2018.09.001

Lima, M., Costa, V., Lopes, L., Balsan, L., Santos, A., & Tomazzoni, G. (2015). Níveis de comprometimento e entrenchamento com a carreira, de enfermeiros de hospitais públicos e privados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1033–1040. Doi: 10.1590/0104-1169.0211.2646

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

OUTCOME NEUROLÓGICO: CONSTRUÇÃO DE UM GUIA DE ORIENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM STATUS NEUROLÓGICO COMPROMETIDO

NEUROLOGICAL OUTCOME: CONSTRUCTION OF AN ORIENTATION GUIDE ON GOOD NURSING CARE PRACTICES FOR PEOPLE WITH COMPROMISED NEUROLOGICAL STATUS

[10.29073/jim.v4i1.747](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.747)

Receção: 02/05/2023 Aprovação: 11/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Licinia Barreto ^a; Otilia Barreto ^b; Luísa Santos ^c;

^a SESARAM; E.P.E.; liciniabarreto@hotmail.com; ^b Universidade da Madeira; Escola Superior de Saúde; otiliabarreto@gmail.com; ^c Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; mlsantos@esesjcluny.pt;

RESUMO

Introdução: O *outcome* neurológico do doente neurocrítico está associado a cuidados de enfermagem prestados durante o seu período crítico em cuidados intensivos, pelo que os enfermeiros devem nortear a sua atuação profissional em práticas recomendadas.

Sendo fundamental que os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido, tenham conhecimento e adotem intervenções preventivas da hipertensão intracraniana e promotoras de perfusão cerebral, entre outras, advogamos que um guia orientador de boas práticas se mostre pertinente à qualidade dos cuidados e ao melhor *outcome* do doente.

Objetivo: Elaborar um guia de boas práticas a fim de uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido.

Metodologia: Procedeu-se à construção dum guia orientador segundo as recomendações da Ordem dos Enfermeiros. Para a otimização e validação em coerência com uma prática baseada na evidência, a pertinência do guia orientador em contexto de Serviço de Urgência, Bloco operatório e Serviço de Medicina Intensiva foi avaliado num painel de Delphi construído para o efeito.

Conclusão: Os resultados revelaram que o guia orientador de boas práticas, é muito pertinente e um referencial teórico, para os cuidados à pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido. A sistematização da intervenção baseada na evidência científica, mostra-se com potencial para a qualidade dos cuidados e o melhor *outcome* neurológico da pessoa em situação neurocrítica.

Palavras-Chave: *Outcome* Neurológico, Cuidados de Enfermagem, *Status* Neurológico Comprometido.

ABSTRACT

Introduction: The neurological outcome of the neurocritical patient is associated with nursing care provided during their critical period in intensive care, so nurses should guide their professional practice based on recommended practices. It is essential that nurses providing care to individuals in critical condition with compromised neurological status have knowledge of and adopt preventive interventions for intracranial hypertension and promote cerebral perfusion, among others, we advocate that a guiding document of best practices is relevant to the quality of care and the improved best outcome of the patient.

Objective: To develop a guide of best practices to standardize nursing care provided to individuals in critical condition with compromised neurological status.

Methodology: The guiding document was constructed according to the recommendations of the Nursing Board. To optimize and validate its coherence with evidence-based practice, the relevance of the guiding document in the context of the Emergency Department, Operating Room, and Intensive Care Unit was evaluated through a Delphi panel specifically designed for this purpose.

Conclusion: The results revealed that the guiding document of best practices is highly relevant and serves as a theoretical framework for the care of individuals in critical condition with compromised neurological status. The systematization of evidence-based intervention shows potential for improving the quality of care and the neurological outcome of individuals in neurocritical situations.

Keywords: Neurological Outcome, Nursing Care, Compromised Neurological Status.

1. INTRODUÇÃO

A pessoa em situação neurocrítica, possui problemas ou potenciais problemas de saúde que, colocam em risco a sua vida. Apresentando-se como um indivíduo com um alto nível de vulnerabilidade, instabilidade e complexidade, pelo que obriga a um cuidado intensivo e vigilante de enfermagem.

Cuidar de um doente com alterações neurológicas é um grande desafio para toda a equipa de enfermagem (Almeida et al. 2019). O doente requer cuidados específicos e contínuos e exige a máxima atenção de toda a equipa de saúde, assim como, a mínima manipulação possível, a fim de prevenir novas lesões ou agravamento das já existentes (Barreto & Santos, 2019).

O foco no cuidar da pessoa em situação crítica com lesão cerebral, como a lesão cerebral traumática, a hemorragia cerebral por Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico, isquémico, rotura de aneurisma entre outros, e todas as possíveis complicações que destes possam advir, como a lesão cerebral secundária, e as demais repercussões noutros órgãos (Tsaousi & Bilotta, 2015), torna-se uma emergência em enfermagem médico-cirúrgica.

A condição de hipertensão intracraniana, frequentemente presente no doente neurocrítico, poderá estar associada à sua condição clínica e/ou poderá ocorrer em resposta aos cuidados de enfermagem prestados, causando um grande impacto clínico no seu *outcome*.

As complicações decorrentes desta condição poderão ser minimizadas e controladas através de intervenções específicas de enfermagem que incluem o controlo de parâmetros neurofisiológicos e hemodinâmicos (Almeida et al., 2019), como também a adequação das intervenções tendo

em conta a sua clínica, bem como, o *timing* da mesma.

Algumas intervenções de enfermagem que contribuem para diminuir a hipertensão intracraniana e garantir uma pressão de perfusão cerebral adequada passam pela otimização do posicionamento, nomeadamente a elevação da cabeceira e o alinhamento cervical, pelo controlo da agitação e da dor, e pela prevenção da hipoxia e da hipercapnia, em especial durante a prestação de cuidados (AMIB 2008; Hassn, Zacharatos & Qureshi 2011; Layon & Friedman 2014 e Neurocritical Care Society 2016).

A vigilância permanente do status neurológico, como a monitorização do estado de consciência, avaliação pupilar e sinais de hipertensão intracraniana; no âmbito do status respiratório a monitorização de respiração: oxigenação e ventilação, e no status cardiovascular a avaliação eletrocardiografia, tensão arterial e equilíbrio hidroeletrólítico; são pilares fundamentais no cuidar da pessoa com status neurológico comprometido e deverá nortear a atitude dos profissionais de saúde, inclusive dos enfermeiros envolvidos no tratamento.

Antecipar e instituir medidas profiláticas, assim como manter a monitorização constante para o diagnóstico das complicações mais prováveis, apresenta-se como um dever e uma responsabilidade deontológica do enfermeiro face ao cuidar da pessoa com status neurológico comprometido.

Pelo que, no nosso entender, os cuidados essenciais à pessoa em situação neurocrítica, fundamentais para o sucesso do tratamento (Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2008; Society of Critical Care Medicine, 2008), iniciam-se na sala de emergência do Serviço de Urgência e prosseguem até ao Serviço de cuidados intensivos. Contudo, parece-nos

prudente a adoção dos descritos cuidados essenciais no local onde o doente se encontre, quando o enfermeiro identifica a alteração do status neurológico, e esse local poderá ser qualquer espaço fora da sala de emergência ou do ambiente altamente diferenciado como são os cuidados intensivos.

Neste contexto não se deverá aguardar pela admissão do doente em cuidados intensivos para iniciar tais intervenções. É fundamental que os enfermeiros que prestam cuidados ao doente com status neurológico comprometido adotem intervenções que previnam não só a hipertensão intracraniana, mas também que promovam a perfusão e a oxigenação cerebral, imediatamente após o seu diagnóstico, independentemente do contexto assistencial onde o doente se encontre.

A sistematização das intervenções de enfermagem nos contextos assistenciais onde os enfermeiros prestam cuidados a pessoas com status neurológico comprometido configura-se como uma estratégia eficaz para que se alcance elevados níveis de qualidade de cuidados e um modo específico de cuidar a pessoa em situação neurocrítica. Neste sentido, esta medida capacitará sobre o conhecimento essencial/standard para uma prestação de cuidados de enfermagem adequados e eficazes, otimizando *outcomes* e prevenindo complicações decorrentes do status neurológico comprometido.

É nesta sequência de ideias que Moheet et al. (2018) advogam que pessoas com doença aguda neurológica e neurocirúrgica ou com manifestações neurológicas de doença sistémica que lhe ameaçam a vida, requerem cuidados especializados de forma a otimizar a recuperação neurológica. Referem ainda, que um crescente conjunto de evidências demonstra que os cuidados prestados por profissionais treinados e especializados melhoram os resultados alcançados.

Após efetuarmos uma análise e reflexão acerca do estado da arte no que diz respeito ao cuidado de enfermagem neurocrítico, optamos pela construção de um guia orientador de boas práticas de cuidados, por forma a uniformizar as intervenções de enfermagem realizadas ao doente com status

neurológico comprometido, almejando desta forma, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

2. MÉTODO

Elaborar um projeto de intervenção de enfermagem revelador dos ganhos de saúde sensíveis à abordagem de uma enfermagem especializada, constituiu o ponto de partida para a realização de um guia orientador de boas práticas. Edificado no âmbito do mestrado em médico-cirúrgica, o projeto de intervenção *“Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: boas práticas dos cuidados de enfermagem”* (Barreto, 2018) teve como objetivo primordial contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem disponibilizados à pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido.

No decurso do processo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com especial foco no status neurológico da pessoa em situação crítica e a reflexão na ação da prática clínica em cuidados intensivos levou-nos a propor um guia para as intervenções de enfermagem essenciais ao cuidado do doente neurocrítico versus pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido.

Partimos da premissa que o doente neurocrítico admitido em cuidados intensivos, necessitava de cuidados específicos e especializados prévios à sua admissão, tal como, durante o internamento nos cuidados intensivos, pelo que a sistematização da intervenção de enfermagem beneficiaria os seus *outcomes*, desde o primeiro contacto.

Sendo a proveniência destes doentes, em particular no contexto do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, maioritariamente, do Bloco operatório e do Serviço de urgência, considerou-se fundamental agregar estes contextos assistenciais ao projeto.

O guia integra intervenções de enfermagem suportadas pela evidência científica atual, que confirma a sua relevância para o cuidado integral da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido. Para a

fundamentação teórica seguimos as orientações de organizações internacionais, como a American College of Surgeons, Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Society Critical Care Medicine e Neurocritical Care Society, assim como evidência científica disponível nas bases de dados eletrônicas, SciELO, B-on, Pubmed, Google académico e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, e, ainda, a protocolos da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos do Hospital de São João, disponíveis durante o estágio realizado em janeiro de 2018.

A elaboração do guia orientador de boas práticas de cuidados, foi organizado, segundo as orientações preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007) e contemplando como elementos estruturantes a fundamentação (1) um plano tipo e um algoritmo de atuação (2), a operacionalização das práticas (3), os equipamentos de apoio às intervenções de enfermagem (4), e a questão de investigação (5) que suportou todo este empenho, como passamos a descrever.

1. Fundamentação: fez parte uma revisão de conceitos importantes para a gestão do cuidado à pessoa em situação neurocrítica tendo como foco de atenção do enfermeiro a lesão cerebral. Explanou-se conceitos de lesão cerebral primária e secundária, assim como a fisiologia e autorregulação cerebral, conceitos estes essenciais para a compreensão de uma abordagem de enfermagem efetiva para a melhoria do status neurológico comprometido (ICN, 2019), com recurso a evidências científicas atuais. A pesquisa e justificação fundamentada das intervenções de enfermagem dirigidas ao diagnóstico: status neurológico comprometido, segundo a literatura contemplada e as recomendações standards, definidas por diversas sociedades de conhecimento consultadas.

2. Plano tipo e algoritmo de atuação: propôs-se por um lado, a construção de um plano de cuidados tipo, com recurso a intervenções de enfermagem específicas e dirigidas ao diagnóstico de enfermagem: status neurológico comprometido, projetando como resultado de enfermagem Status neurológico

efetivo (ICN, 2019). Para a uniformização da linguagem e promoção da melhor compreensão concetual dos enunciados de enfermagem, recorreu-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como estratégia facilitadora da difusão do conhecimento em Enfermagem, para a construção do diagnóstico e intervenções de enfermagem. Por outro lado, definiu-se um algoritmo de atuação, apresentado como ferramenta de auxílio na gestão dos cuidados de enfermagem ao doente com status neurológico comprometido. Do algoritmo consta por exemplo o processo de decisão face à prevenção e controlo da hipertensão intracraniana (HIC).

3. Operacionalização das práticas: caracteriza todos os procedimentos levados a cabo para transferir o conhecimento orientado pelo plano tipo e pelo algoritmo de atuação a fim de influenciar a prática dos cuidados. Nesta etapa assinalamos 12 passos essenciais que delimitaram o guia de boas práticas e que mencionamos de forma sintética:

a) Revisão do guia por dois enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, peritos no cuidar do doente neurocrítico, para análise do respetivo conteúdo. As recomendações sugeridas integraram a proposta final.

b) Divulgação do guia de orientação e angariação de enfermeiros ao projeto. Reuniu-se com a Direção de enfermagem e enfermeiros gestores dos serviços com o objetivo de divulgar e dar a conhecer o guia junto dos enfermeiros. Foi definido um plano de divulgação.

c) Validação do guia: Foi indicado um enfermeiro especialista como divulgador do projeto por serviço. Estes facilitaram a identificação dos elementos para integrar um painel de Delphi. Uma vez que o âmbito do projeto foi alargado aos três serviços, a apreciação do guia orientador foi submetida a um grupo de 16 enfermeiros peritos que constituíram um painel de Delphi, com o objetivo de analisar e refletir sobre a adequação/pertinência do guia orientador à prática de cuidados à pessoa com status neurológico comprometido. Para a

constituição do painel de Delphi foram estabelecidos critérios de inclusão: ser enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica; ter experiência de pelo menos 5 anos na área de prestação de cuidados; prestar cuidados ao doente neurocrítico; trabalhar num dos serviços aderentes: bloco operatório, serviço de urgência e cuidados intensivos e aceitar espontaneamente participar no estudo.

d) Teste e monitorização: O guia foi analisado por cada um dos participantes do painel durante um mês, atendendo à oportunidade de prestar cuidados ao doente com status neurológico comprometido. Durante esta etapa os enfermeiros divulgadores procuraram esclarecer dúvidas e incentivar a utilização do guia orientador durante a prática de cuidados.

e) Avaliação do guia: Para a avaliação do guia orientador, ao fim do período de teste e monitorização, foi elaborado um questionário, com recurso ao *Google forms*, com o objetivo de avaliar a pertinência/adequação do plano de cuidados tipo, do algoritmo de atuação; e equipamento clínico de apoio às intervenções de enfermagem na abordagem à pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido, segundo os elementos do painel Delphi. O questionário foi organizado em cinco partes. A primeira, referente à caracterização dos enfermeiros, e as seguintes referentes ao algoritmo (Parte II), ao plano de cuidados tipo (Parte III), onde é questionado especificamente a pertinência de cada intervenção de enfermagem sugerida, através de uma escala ordinal tipo *Likert*, de 4 pontos (nada pertinente a muito pertinente), assim como à pertinência do equipamento clínico de apoio às intervenções de enfermagem (Parte IV) e, por fim na Parte V, foram solicitadas manifestações de opinião sobre a utilização e recomendação do guia orientador. Para avaliar a eficácia do questionário, procedeu-se a um pré-teste, tendo sido inquiridos três enfermeiros especialistas. Sendo que a avaliação realizada não suscitou dúvidas. A colheita de dados decorreu durante sete dias e obtiveram-se quinze respostas.

4. Equipamentos de apoio às intervenções de enfermagem: Neste âmbito foram sugeridos equipamentos que contribuem para a uma melhor gestão dos cuidados, como por exemplo monitores de traçado eletrocardiográfico, saturação periférica, capnografia, tensão arterial, pressão de perfusão cerebral e de pressão intracraniana.

5. Questão de investigação: enquadrado na problemática da vulnerabilidade da pessoa em situação neurocrítica associada aos cuidados de enfermagem, o projeto procurou responder aos ganhos de saúde sensíveis à abordagem de uma enfermagem especializada. A criação de indicadores de qualidade da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação neurocrítica é pertinente e almejada por todos. Que ganhos em saúde são alcançados quando existe uma intervenção sistematizada de enfermagem no cuidar da pessoa com status neurológico comprometido?

3. RESULTADOS

A construção do guia orientador de boas práticas demonstra, através dos seus diferentes elementos, respostas sistematizadas de enfermagem face ao cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido.

A reflexão na ação suportada na mais recente evidência científica e a definição de um plano tipo e um algoritmo de atuação mostram-se peças angulares para a qualidade da prática dos cuidados.

A opinião dos peritos, que integraram o painel de Delphi, sobre a pertinência do guia orientador de boas práticas, especificamente sobre o plano tipo e o algoritmo de atuação foram de encontro às recomendações teóricas dando consistência à sua utilização.

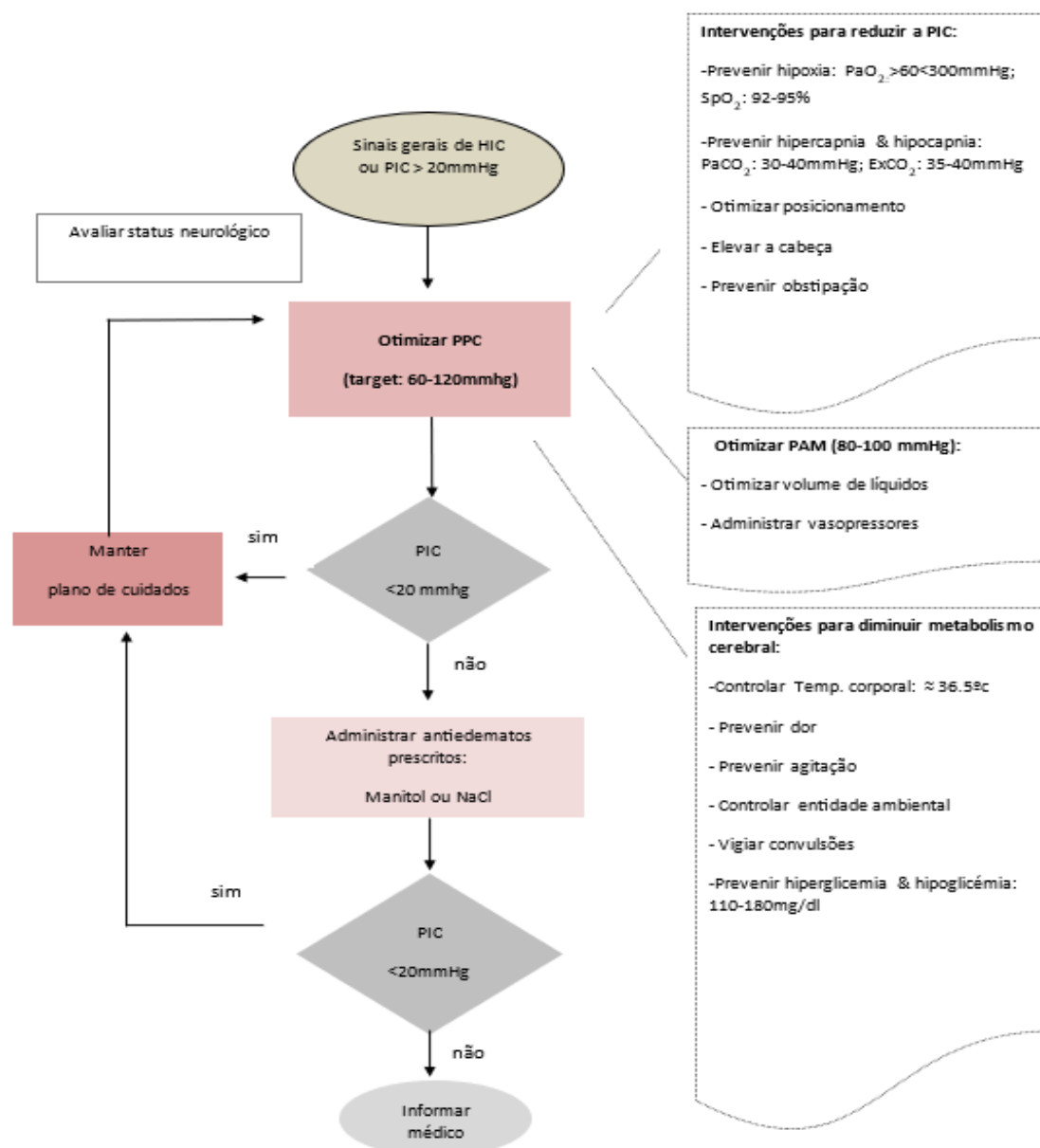
Suportam esta proposta do guia 15 enfermeiros peritos, com idades compreendidas, maioritariamente entre os 31 e os 40 anos de idade (80%), mestres em enfermagem médico-cirúrgica (60%), cujos tempos de exercício profissional são de 11 a 16 anos (73,3%) e de 5 a 10 anos (26,7%), todos exercendo a especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica entre 1 e 5 anos.

Ainda sobre a caracterização dos peritos, observou-se que o maior percentual dos participantes exerce no Bloco operatório (40%) seguindo-se o Serviço de urgência (33.3%) e Cuidados intensivos (26.7%). Em conformidade, 80% assume que presta cuidados ao doente com status neurológico

comprometido no seu dia-a-dia há mais de 5 anos.

Em relação à avaliação da pertinência do algoritmo de atuação (Figura 1), numa escala de 1 (nada pertinente) a 4 (muito pertinente), o painel unanimemente considerou-o muito pertinente.

Figura 1 – Algoritmo de atuação



A operacionalização das práticas clínicas no cuidar da pessoa com status neurológico comprometido, o plano tipo (Figura 2), integrou

vinte e seis intervenções de enfermagem prescritas para o diagnóstico de Enfermagem

“Status neurológico comprometido” e recomendadas pela evidência científica atual.

A pertinência de cada intervenção de enfermagem, avaliada entre 1 (nada

pertinente) e 4 (muito pertinente) obteve consensos que se agregaram nas posições 3 (pertinente) e 4 (muito pertinente) não se observando registos de pouca ou nenhuma pertinência (Figura 2).

Figura 2 – Plano tipo/Intervenções de enfermagem

Operacionalização das práticas clínicas no cuidar da pessoa com status neurológico comprometido	Pertinência da intervenção (%)	
	3-Pertinente	4- Muito pertinente
1. Avaliar consciência	6.7	93.3
2. Avaliar reflexo pupilar	0	100
3. Avaliar força muscular	0	100
4. Avaliar pressão intracraniana	6.7	93.3
5. Otimizar pressão sanguínea	0	100
6. Otimizar perfusão de tecidos no cérebro	6.7	93.3
7. Prevenir dor	0	100
8. Prevenir agitação	6.7	93.3
9. Prevenir hipoxia	0	100
10. Prevenir hipercapnia	13.3	86.7
11. Aspirar secreções de forma <u>segura e</u> sem complicações	6.7	93.3
12. Vigiar status cardiovascular	40	60
13. Otimizar volume de líquidos	33.3	66.7
14. Controlar a temperatura corporal	6.7	93.3
15. Prevenir a hiperglicemia	0	100
16. Prevenir a hipoglicemia	13.3	86.7
17. Otimizar posicionamento	6.7	93.3
18. Elevar a cabeça	0	100
19. Prevenir a obstipação	6.7	93.3
20. Avaliar urina	40	60
21. Prevenir a hipernatremia	13.3	86.7
22. Prevenir a hiponatremia	26.7	73.3
23. Administrar medicação (osmoterapia)	6.7	93.3
24. Vigiar convulsões	6.7	93.3
25. Controlar entidade ambiental	13.3	86.7
26. Prevenir estímulos relacionados com as intervenções de enfermagem	13.3	86.7

No que diz respeito à pertinência do equipamento clínico de apoio às intervenções de enfermagem, 86.7% dos participantes considerou-o muito pertinente (score 4) e 13.3% pertinente (score 3). Tendo sido sugerido a introdução das escalas Behavioral Pain Scale (BPS), Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) e da escala de Coma de Glasgow (ECG).

Os resultados dão assim consistência à pertinência da existência de um guia orientador das boas práticas e recomendado

pela totalidade dos participantes na avaliação do mesmo.

4. DISCUSSÃO

O *outcome* neurológico do doente neurocrítico está associado a cuidados de enfermagem prestados em ambientes assistenciais de urgência/emergência e cuidados intensivos, pelo que os enfermeiros que nestes exercem a sua profissão, devem nortear o seu exercício profissional por práticas recomendadas.

É fundamental que os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica

com status neurológico comprometido, tenham conhecimento e adotem intervenções preventivas da hipertensão intracraniana e promotoras de perfusão cerebral.

Neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com especial foco no cuidar da pessoa em situação neurocrítica/status neurológico comprometido é identificado como um elemento com destaque na equipa de enfermagem, tendo um papel fulcral na gestão de cuidados complexos ao doente, na tomada de decisão, na emissão de juízos e resolução de questões complexas (OE, 2018).

Estes aspetos são suportados pela literatura consultada sobre as recomendações para as unidades de cuidados intensivos neurocríticos (Moheet et al., 2018; Almeida, Pollo & Meneguín, 2019), onde se refere uma cultura de cuidados neurocríticos, desde o top organizacional do serviço até ao profissional que presta cuidados ao doente, assente numa orientação e formação inicial e periódica e avaliação anual. Salientam ainda que a especialização em enfermagem, e existência de recursos adequados contribuem para os resultados de qualidade.

Na mesma ordem de ideias, Lima et al. (2019) referem que os enfermeiros responsáveis pela gestão devem estar em constante treino e aperfeiçoamento sobre o cuidar de doente neurocrítico, a fim de disponibilizar uma melhor assistência, segura e qualificada aos doentes e uma gestão de enfermagem de qualidade.

A construção de um guia de orientação de boas práticas de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido, a fim de sistematizar a resposta de Enfermagem para melhorar os *outcomes* do doente neurocrítico vem reforçar a necessidade anteriormente explicitada, dando um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Relativamente aos diferentes domínios do guia orientador, nomeadamente o algoritmo de atuação, o plano tipo/intervenções de enfermagem e o equipamento clínico de apoio às intervenções de enfermagem, são,

elementos que reúnem o consenso de peritos sobre o auxílio na gestão dos cuidados de enfermagem ao doente neurocrítico. Este achado corrobora o defendido por diferentes sociedades do conhecimento, como AMIB 2008; Society of Critical Care Medicine 2008 e Neurocritical Care Society 2016).

Nesta linha de pensamento e reportando-nos à Ordem dos Enfermeiros (2007), quando refere que, no decurso do processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na prática, apoiamos que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Esta ideia é também suportada pela Moheet et al. (2018) ao referenciar que os cuidados de enfermagem devem ser apoiados por protocolos, *guideleines* e políticas de gestão de cuidados seguros.

Daqui depreendemos que a elaboração do guia orientador de boas práticas no cuidar da pessoa com status neurológico comprometido (Barreto, 2018; Barreto, Santos & Viveiros, 2018) será uma mais-valia para a melhoria dos cuidados permitindo, pela consulta dos diferentes domínios, auxiliar a elaboração de planos de cuidados, guiar a atuação para a prevenção e controlo de pressão intracraniana, orientar para o equipamento clínico necessário à otimização do estado fisiológico do doente, assim como melhorar a compreensão da complexidade do cuidar do doente neurocrítico.

Os resultados obtidos, permitem afirmar que o guia orientador é pertinente para a uniformização do cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido, indo de encontro ao objetivo definido. Contudo, levantam a questão que ganhos em saúde a pessoa com status neurológico comprometido alcança com a intervenção de enfermagem delineada, deixando em aberto vasto campo de estudo e pesquisa.

5. CONCLUSÃO

A construção deste guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem permitiu a análise e reflexão das intervenções de enfermagem ao doente neurocrítico/versus à pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido instituídas em ambientes de Bloco Operatório; Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva, espoletando o desenvolvimento de práticas uniformizadas nestes contextos assistenciais e certamente, contribuiu para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, conducentes a melhores *outcomes* neurológicos para os doentes com diagnóstico de enfermagem: status neurológico comprometido.

O recurso à técnica de Delphi, enquanto técnica de comunicação estruturada para se obter informação qualitativa acerca da intervenção sistematizada de enfermagem face ao cuidar da pessoa com status neurológico comprometido, mostrou a pertinência de um guia orientador de boas práticas a ser aplicado nos contextos assistenciais envolvidos, Bloco operatório, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

A metodologia em uso salientou não só a pertinência de uma prática de cuidados de enfermagem, baseada em evidências, para gerir a complexidade de cuidados que o doente neurocrítico requer, da emergência aos cuidados intensivos, ou em qualquer local onde se encontre, mas também a importância de uma prática de enfermagem sistematizada e especializada para o alcance dos melhores *outcomes* em saúde.

Acreditando que o caminho se faz caminhando e, não constituindo um fim em si mesmo, advogamos que a prossecução da melhoria dos cuidados à pessoa com status neurológico comprometido acontecerá sempre que os enfermeiros imprimirem esforços e articularem recursos para refletirem na sua ação.

A academia foi, sem dúvida, o pretexto e o contexto para a reflexão sobre o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica para o melhor *outcome* neurológico, contudo, a atualização

permanente desde a organização à prestação de cuidados é um dever e uma responsabilidade profissional face à pessoa em situação neurocrítica e sua família, pelo que é nossa pretensão, por um lado, propor à Ordem dos Enfermeiros Portugueses o reconhecimento do guia elaborado e por outro continuar a investigar para identificar que *outcomes* resultam desta abordagem de enfermagem.

REFERÊNCIAS

Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (2008). *Curso de imersão em terapia intensiva neurológica*. São Paulo: Author.

Almeida, C., Pollo, C., Meneguín, S., (2019). Nursing interventions for patients with intracranial hypertension: integrative literature Review. *Aquichan* 19(4). <https://doi.org/10.5254/aqui.2019.19.4x>

Barreto, Licínia (2018). Relatório de estágio Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: boas práticas dos cuidados de enfermagem. <http://hdl.handle.net/10400.26/24074>

Barreto, Licínia; Santos, Luísa & Viveiros, Abel (2018). Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados de Enfermagem. (Comunicação Oral). V Congresso dos Enfermeiros Portugueses. Centro de Congressos de Lisboa.

Barreto, Licínia & Santos, Luísa. Caring for the person in critical situation with impaired neurological status. 23(99), September–October, 2019. Medical Science Discovery Publication. Open-Access.

Assunção Ribeiro, K. R., Silva Lima, M. L., Alves Ferreira Gonçalves, F., Borges, M. M., & Nascimento Guimarães, N. (2019). Service of nursing in intracranial pressure monitoring in patients neurocríticos/Assistência de enfermagem na monitorização da pressão intracraniana em pacientes neurocríticos. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(1), 255–262. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.255-262>

Moheet, A., Livesay, S., Abdelhak, T., Bleck, T., Human, T., Karanjia, N., Rosen, A., Medow, J., Nyquist, P., Rosengart, A., Simith, W., Torbey, M., Chang, C. (2018). Standards for neurologic critical care units: a statement for healthcare professionals from the neurocritical care society. *Neurocrit care*. 29, 145–160. <https://doi.org/10.1007/s12028-018-0601-1>

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa: Comissão de Formação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*. Lisboa: Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedicocirurgica.pdf

Society of Critical Care Medicine (2008). *Suporte básico em cuidados intensivos* (2.^a ed.). São Paulo: AWWWE.

Tsaousi G., Bilotta F., (2016). Do a Neurocritical care unit requires dedicated nurse staff? *Journal of nursing & care*. (5). DOI: 10.4172/2167-1168.1000e128.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

ESTRATÉGIAS PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

STRATEGIES FOR THE HUMANIZATION OF CHILD CARE—INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH

[10.29073/jim.v4i1.741](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.741)

Receção: 02/05/2023 Aprovação: 19/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Sara Tomás ^a; Sofia Silva ^b; Goreti Marques ^c; Rita Fernandes ^d; Olívia Barcelos ^e;

^f,
^a Escola Superior de Saúde de Santa Maria; saratomas77@hotmail.com; ^b Escola Superior de Saúde de Santa Maria; sofia.silva@santamariasauade.pt; ^c Escola Superior de Saúde de Santa Maria; goreti.marques@santamariasauade.pt; ^d Escola Superior de Saúde de Santa Maria; rita.fernandes@santamariasauade.pt; ^e Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny; mbarcelos@esesicluny.pt;

RESUMO

Introdução: A hospitalização confere vulnerabilidade à criança e família, desencadeando sentimentos como medo e insegurança. Ambos são colocados num ambiente desconhecido com novas rotinas. Perante esta problemática, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve procurar intervir humanizando os seus cuidados, minimizando o impacto da hospitalização.

Objetivos: Identificar produção científica relativa às estratégias de humanização em Enfermagem em contexto pediátrico.

Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura efetuada nas bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina, disponíveis no motor de busca EBSCO, publicados entre 2012 e 2022. A seleção e análise de relevância dos artigos foi efetuada pelos revisores de forma independente.

Resultados: Dos 240 artigos iniciais foram selecionados 16 artigos, segundo critérios previamente definidos. A maioria dos estudos referem a ludoterapia como uma das intervenções que deve ser utilizada pelo EESIP na humanização dos cuidados. O cuidado centrado na família, e a humanização das estruturas e ambientes organizacionais, são outras das intervenções mencionadas.

Conclusão: Esta pesquisa evidencia as intervenções que contribuem para a humanização dos cuidados de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e potenciar um crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças. Será importante, para isso, promover a formação dos profissionais, assumir a ludoterapia como fator preponderante, adequar estruturas e ambientes a cada etapa de desenvolvimento, sendo estes cuidados centrados nas famílias.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Criança; Hospitalização; Humanização; Cuidados Centrados na Família.

ABSTRACT

Introduction: Hospitalization confers vulnerability to the child and family, triggering feelings such as fear and insecurity. Both are placed in an unfamiliar environment, with new routines. Faced with this problem, the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health should seek to intervene by humanizing their care and minimizing the impact of hospitalization.

Objectives: To identify scientific production related to humanization practices in Nursing in a pediatric context.

Methodology: Integrative Literature Review carried out in the databases: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials and MedicLatina, available on the EBSCO search engine,

published between 2012 and 2022. The selection and relevance analysis of the articles was performed by the reviewers independently.

Results: Of the 240 initial articles, 16 articles were selected, according to previously defined criteria. Most studies refer to ludotherapy as one of the interventions that should be used by the EESIP in the humanization of care. Family-centered care and the humanization of organizational structures and environments are other interventions mentioned.

Conclusion: This research shows the interventions that motivated the humanization of care in order to improve the quality of care and enhance the healthy growth and development of children. It will be important, for this, to promote the training of professionals, assuming play therapy as a preponderant factor, structures and environments suitable for each stage of development, with this care centered on families.

Keywords: Pediatric Health Specialist; Child; Hospitalization; Humanization; Family-Centered Care.

1. INTRODUÇÃO

A humanização, conceito em constante evolução ao longo do tempo, é reconhecida como um dos pilares para alcançar a melhoria da qualidade de cuidados de saúde, e a ação dos enfermeiros neste processo tem como finalidade obter o bem-estar das crianças e família. Este conceito, em meio hospitalar, pretende proporcionar cuidados da forma holística e humanizada, tratando-se da necessidade de tornar o ambiente o menos frio e impessoal possível (Dal'Bosco et al., 2019). Cuidar é um processo complexo que exige competências técnicas, assim como éticas e culturais (Silva, 2012). Desta forma, o cuidado à criança torna-se algo ainda mais desafiante para o EESIP, carecendo de uma permanente avaliação pela potencial vulnerabilidade que a hospitalização poderá desencadear, pelo afastamento familiar, pela privação do ato de brincar que significam para a criança medo, insegurança e ansiedade (Dal'Bosco et al., 2019).

Para que seja possível colmatar os sentimentos negativos que a hospitalização desencadeia na criança, é importante capacitar os profissionais de saúde para a adoção de estratégias facilitadoras que potencializem a criança e família a enfrentarem esta condição (Dal'Bosco et al., 2019). A família torna-se parceira no cuidar, facilitando o processo de adaptação saúde/doença. No entanto, para que a parceria de cuidados se desenvolva em pleno, bem como a capacitação dos pais no cuidar da criança, os profissionais de saúde devem desenvolver competências comunicacionais e relacionais com a família (Silva, 2019). O

cuidado centrado na família permite que exista uma continuidade de cuidados da família à criança, facilitando o processo de hospitalização (Serra, 2019). Para que a parceria de cuidados ocorra é crucial existir uma boa relação entre o enfermeiro e a família, cuja base é a comunicação verbal e não-verbal. Assim, na humanização dos cuidados é fundamental comunicar e escutar, desenvolver empatia em relação aos pais, de forma a compreender os seus medos e inseguranças, e esclarecer adequadamente as suas dúvidas (Boto, 2014).

Os EESIP (Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica) são os profissionais de saúde que mais trabalham junto e em conjunto com as crianças e família, o que faz com que a intervenção dos mesmos deva ser eficaz para colaborar no bem-estar dos intervenientes. É fundamental que a atuação do EESIP seja benéfica para a diminuição da ansiedade e stress das crianças/jovens, assim como da sua família ao longo do processo de internamento. Assim, procedeu-se à seguinte revisão integrativa de literatura, com o objetivo de identificar a produção científica relativa às práticas de humanização em Enfermagem em contexto pediátrico.

2. METODOLOGIA

A revisão integrativa da literatura realizada é um método que fornece uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno, tendo como objetivo a análise de conhecimento de pesquisas anteriores sobre um determinado tema permitindo a geração de novos conhecimentos (Botelho et al., 2011). É caracterizada por um conjunto de etapas bem

definidas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e, por último a apresentação da síntese do conhecimento (Botelho et al., 2011).

O presente estudo teve por base as etapas da revisão integrativa da literatura supramencionadas.

A questão de investigação foi efetuada mediante um formato estruturado que corresponde ao método PICO (população, intervenção, comparação, *outcome*) (Sousa et al., 2018). Na pesquisa realizada, a população corresponde às crianças em idade escolar, a intervenção, às intervenções de enfermagem, não inclui comparação, e o *outcome* à humanização dos cuidados na hospitalização. Assim, elaborou-se a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados na hospitalização da criança em idade escolar?”.

Foram definidos como critérios de inclusão: crianças dos seis aos 12 anos, estudos com programas de intervenção na humanização dos cuidados, estudos publicados nos últimos 10 anos (2012–2022) e redigidos em português, espanhol e inglês, estudos primários. Como critérios de exclusão: artigos outros idiomas que português, inglês e espanhol, publicados há mais de 10 anos, que não sejam crianças em idade escolar e estudos não seja possível aceder ao texto integral.

A pesquisa foi realizada em julho de 2022 pelo motor de busca EBSCO, nas seguintes bases de dados: *CINAHL Complete*; *MEDLINE Complete*; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials* e *MedicLatina*. Posteriormente, identificaram-se descritores *MESH (Medical Subject Headings)* para que fosse possível direcionar a pesquisa: *child*, *hospitalized*, *nurs**, *pediatric care*, *humanization*, *health facility environment* e *cultural competent care*, que foram aplicados

nas bases de dados supramencionadas com recurso aos conectores booleanos “OR” e “AND”. Construiu-se assim a frase booleana: “((*child*, *hospitalized* OR *child*) AND (*nurs** OR *pediatric care*) AND (*Humanization* OR *health facility environment* OR *culturally competent care*))”.

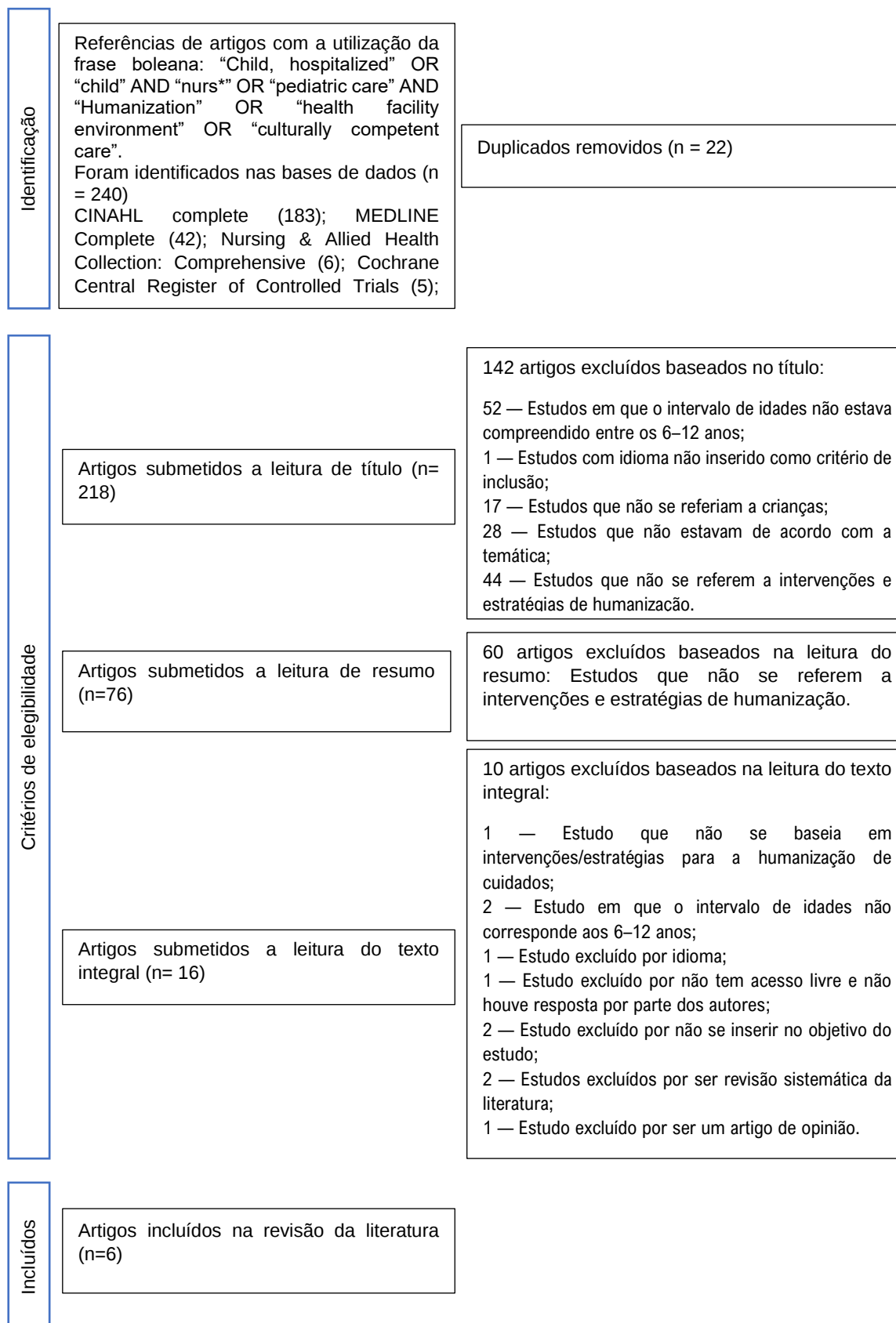
Procedeu-se à extração de dados relevantes através da identificação dos estudos elegíveis nas bases de dados já identificadas, tendo em conta os critérios de pesquisa definidos e o facto de responderem ao objetivo e à questão de investigação formulada. Foi realizada a análise e revisão dos artigos selecionados, por títulos, resumos e texto integral, tendo-se obtido a amostra final. De salientar, que a seleção e validação descrita foi realizada pela investigadora principal e validada por pares (segundo e terceiro elemento).

Após a obtenção da amostra final de artigos, foram analisados os dados relevantes tendo-se procedido à análise e interpretação dos resultados e necessidade de intervenção do EESIP.

3. RESULTADOS

Após realizada a pesquisa através da frase booleana anteriormente apresentada, obteve-se um total de 240 artigos. Salienta-se que 183 foram encontrados na base de dados CINAHL Complete, 42 na MEDLINE Complete, seis na Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, cinco na Cochrane Central Register of Controlled Trials e quatro na MedicLatina. O processo de seleção dos artigos foi analisado recorrendo, esquematicamente, ao fluxograma PRISMA 2020 (Figura 1), onde se encontram documentados todos os passos até à obtenção da amostra final. Destes 240 artigos, 22 foram excluídos por estarem duplicados, resultando em n=218 artigos. Assim, foram analisados 218 artigos pela leitura do título e excluídos 142, dos quais resultaram 76 artigos para análise do resumo. Após a mesma foram excluídos 60 artigos, resultando num total de 16 artigos para análise do texto integral. Todo o processo de seleção foi baseado nos critérios de pesquisa previamente definidos. Após a leitura e análise integral dos 16 artigos, foram incluídos neste estudo seis artigos.

Figura 1 – Fluxograma Prisma

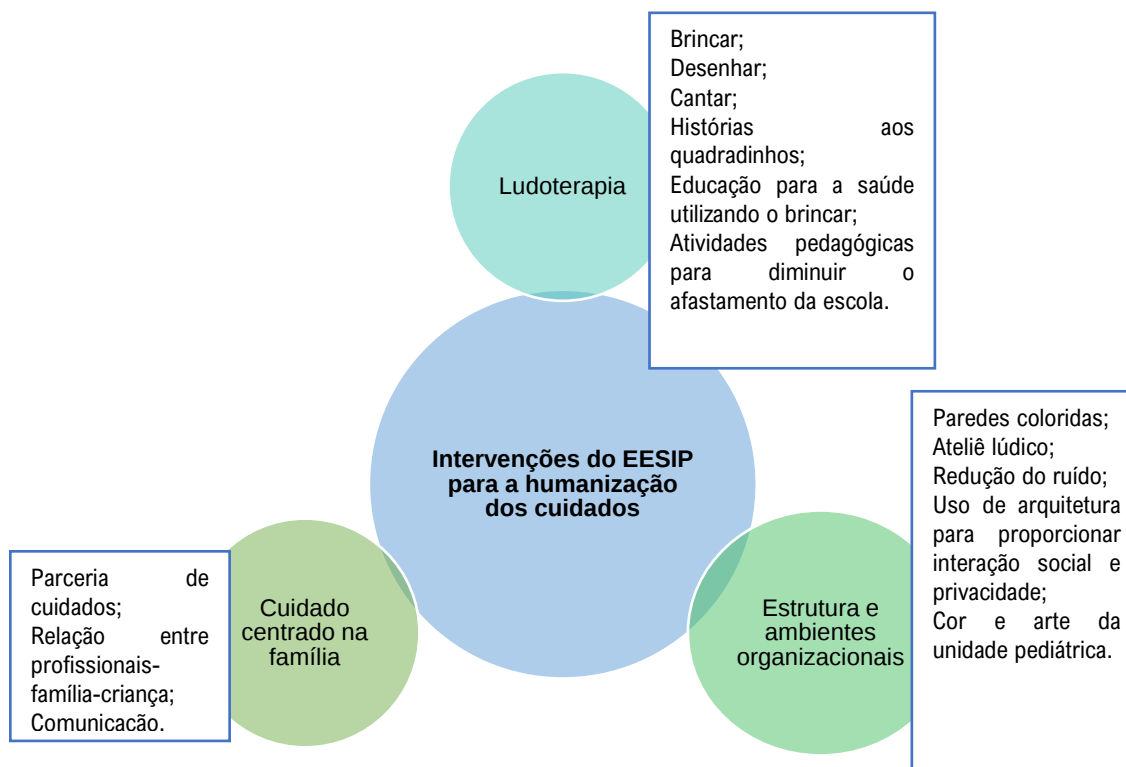


Fonte: Page et al., 2021

De acordo com os artigos selecionados, e para uma adequada contextualização das intervenções do EESIP na humanização dos cuidados à criança e família, foi realizado um processo de categorização. Neste contexto,

foram criadas três categorias: ludoterapia, estruturas e ambientes organizacionais e cuidados centrados na família, conforme descrito na figura 2.

Figura 2 – Categorização das intervenções de EESIP para a humanização dos cuidados



Na categoria ludoterapia estão incluídas atividades como brincar (Rolim et al., 2017; Silva et al., 2017; Dal'Bosco et al., 2019), cantar (Silva et al., 2017), desenhar (Silva et al., 2017), histórias aos quadradinhos (Rolim et al., 2017), educação para a saúde através do brincar (Dal'Bosco et al., 2019; Poletto & Motta, 2015) e atividades pedagógicas que diminuem o afastamento da escola (Silva & Cabral, 2015). Ao nível da estrutura e ambientes organizacionais, incluem-se as paredes pintadas/coloridas (Rolim et al., 2017), ateliê lúdico (Rolim et al., 2017), redução do ruído (Disher et al., 2017), estruturas físicas que proporcionem tanto a interação social como a privacidade da criança (Dal'Bosco et al., 2019), as cores e arte presentes na unidade pediátrica (Rolim et al., 2017). Por último, na categoria cuidados centrados na família, destacam-se a parceria de cuidados (Silva et al., 2017; Silva & Cabral, 2015; Dal'Bosco et al., 2019), a relação entre profissionais-família-criança (Rolim et al.,

2017; Silva et al., 2017; Dal'Bosco et al., 2019) e a comunicação (Rolim et al., 2017; Dal'Bosco et al., 2019; Poletto & Motta, 2015).

Tendo em conta as categorias supramencionadas, 83,3% dos artigos analisados fazem referência à ludoterapia como uma intervenção que deve ser utilizada pelo EESIP para humanizar os cuidados, seguida do cuidado centrado na família (66,6%), e por último, a intervenção menos sustentada pela literatura, a estrutura e ambientes organizacionais, com 33,3%.

4. DISCUSSÃO

Com a revisão integrativa da literatura realizada pretendeu-se identificar produção científica relativa às estratégias de humanização em Enfermagem em contexto pediátrico. Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, estes serão organizados pelas diferentes categorias.

- Ludoterapia

Nos cuidados prestados à criança destaca-se a ludoterapia, que envolve a utilização de brinquedos. Os cuidados que abrangem o brincar, a leitura, a utilização da música e o desenho, permitem a diminuição do afastamento da escola e a educação para a saúde. Assim, o brincar contribui como estratégia nos cuidados à criança, não só para a distrair, mas também para diminuir o *stress* decorrente da hospitalização, proporcionando momentos de relaxamento, tornando o ambiente mais alegre, mágico e menos hostil para a criança (Dal’Bosco et al., 2019; Silva et al., 2017; Rolim et al., 2017; Poletto & Motta, 2015; Silva & Cabral, 2015).

A ludoterapia remete-nos para a utilização do ato de brincar, promovendo um maior entendimento das situações que são vivenciadas pela criança, e potenciando o seu desenvolvimento (Silva et al., 2021). A criação destas condições segundo os mesmos autores, aceleram o processo de recuperação da criança. Através da brincadeira, nomeadamente do conto de uma história aos quadradinhos, é possível reproduzir numa ilustração um procedimento recorrente e doloroso a que uma criança hospitalizada é submetida, como por exemplo uma punção venosa (Rolim et al., 2017). As crianças veem-se retratadas nestas figuras ilustrativas, compreendendo o procedimento, diminuindo, por consequência, o seu *stress* quando confrontadas com acontecimentos semelhantes no futuro, o que lhes permite ainda, que o ambiente hospitalar se torne mais alegre, diminua a sua ansiedade e facilite a sua recuperação (Dal’Bosco et al., 2019; Rolim et al., 2017).

As atividades musicais têm igualmente um impacto positivo na diminuição da ansiedade da criança, assim como no seu padrão de sono, favorecendo ainda a aproximação/ligação entre a criança e os profissionais de saúde podendo ainda ser utilizada como estratégia não farmacológica no controlo da dor (Silva et al., 2017; Rodriguez, 2017).

Para além destas estratégias, Poletto & Motta (2015) salientam a importância da criação de um ateliê criativo no âmbito da sala de espera

para que a criança possa desenvolver a sua criatividade, por exemplo enquanto aguarda por consultas e exames. Não só estimula a criatividade, como se fomenta momentos de descontração mediados por atividades lúdicas (Oliveira & Perrone, 2018). É também benéfico pois propicia a que a criança, através da linguagem do brincar, expresse os seus sentimentos e pensamentos, assim como o manifesto de acontecimentos menos agradáveis, fundamental para a compreensão dos profissionais de saúde, o que se pode repercutir posteriormente, na melhoria nos cuidados de enfermagem (Poletto & Motta, 2015; Dal’Bosco et al., 2019).

Silva & Cabral (2015), corroboram a ideia de que a ludoterapia é uma prática de cuidados que contribui para diminuir o impacto que a hospitalização tem na criança. Os autores supramencionados, salientam que o hospital não pode ser considerado um local que apenas transmita *stress* e dor à criança e família, o estereótipo de apenas tratar a doença, mas sim um local que seja também considerado espaço de convivência e promotor do desenvolvimento infantil.

Poletto & Motta (2015) afirmam que é uma forma de desenvolvimento infantil, e que através do brincar, com recurso aos jogos, os enfermeiros conseguem potenciar a educação para a saúde, nomeadamente na higiene, hábitos alimentares, entre outros.

Desta forma, o brincar deve ser uma estratégia a adotar pelo EESIP para diminuir o impacto da hospitalização e promover o desenvolvimento infantil.

- Estrutura e ambientes organizacionais

Os ambientes organizacionais têm suscitado interesse, nomeadamente no que diz respeito às características dos espaços e à redução dos ruídos nas unidades hospitalares (Disher et al., 2017; Rolim et al., 2017). Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, estar atentos não só à estrutura do espaço físico, à sua funcionalidade e eficiência, mas também ao conforto da criança, família e equipa multidisciplinar, tornando para isso o ambiente acolhedor e terapêutico (Silva et al., 2017; Dal’Bosco et al., 2019). É importante que a

criança durante o internamento identifique o seu espaço, por forma a que este lhe desencadeie sentimentos e vivências positivas (Poletto & Motta, 2015). A criação de um ambiente mais colorido e lúdico nas unidades, e o recurso a salas próprias para a realização de tratamentos, é fundamental para que as crianças identifiquem o internamento, não como um local que lhes transmite dor e sofrimento, mas também como um local de convivência e aprendizagem (Silva & Cabral, 2015; Rolim et al., 2017). Assim, devem ser criados espaços ajustados à criança e pensados no seu desenvolvimento, tais como a criação de ateliês criativos, que propiciem a logística com brinquedos, jogos e computadores, para a realização de atividades, nomeadamente musicais e de interação social, entre as crianças e os profissionais de saúde (Silva & Cabral, 2015; Silva et al., 2017). Nestes espaços pensados e destinados às crianças, é possível, através de estratégias de cuidado e aprendizagem, conduzir a brincadeira a momentos de promoção para a saúde, tendo sempre como foco as etapas de crescimento e desenvolvimento da criança (Poletto & Motta, 2015).

Disher et al., (2017), por outro lado, salientam que os ambientes de prestação de cuidados são propícios ao ruído, sendo crucial a mudança de paradigma na criação de espaços que tornem todo o envolvente de prestação de cuidados à criança mais calmo, acolhedor, e humanizado, diminuindo o volume dos alarmes e os ruídos nas unidades.

- Cuidado centrado na família

O cuidado centrado na família, prestado em parceria, representa a filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica (Casey, 1993). A família associa-se na parceria do cuidar à criança. Neste sentido o EESIP deve desenvolver habilidades comunicacionais e de capacitação à criança e família, para que se estabeleça uma relação empática entre os profissionais-família-criança (Silva, 2019).

Rolim et al. (2017) salientam a importância da comunicação entre o enfermeiro, família e criança. Os mesmos autores referem que os

enfermeiros devem informar as crianças e famílias sobre os procedimentos que lhes provocam medo e ansiedade, como a própria hospitalização da criança.

O EESIP, ao criar oportunidades lúdicas, como a leitura através dos contos infantis, e ateliês lúdicos nas salas de esperas, permite o esclarecimento de dúvidas, a promoção do desenvolvimento infantil, bem como estabelece uma relação empática com a família e a criança, facilitando a sua interação com os profissionais de saúde (Poletto & Motta, 2015; Rolim et al., 2017).

O brincar e a música, podem permitir estimular a participação da família nos cuidados à criança, promovendo um melhor acolhimento nas unidades de saúde e a criação de vínculos entre os enfermeiros, família e crianças (Silva et al., 2017). Torna-se assim, importante a interação dos pais não só nos cuidados à criança, mas também nos momentos lúdicos, tornando-se grandes parceiros (Dal'Bosco et al., 2019). O EESIP ao incentivar os pais a participarem nos cuidados à criança através da implementação de estratégias lúdicas, como cantar com os seus filhos ou ler uma história, está a contribuir para diminuir a ansiedade da criança, torná-la mais descontraída, e consequentemente reduzir o impacto da hospitalização.

Dal'Bosco et al. (2019), salientam que se torna imperativo incentivar a aproximação dos familiares ou da pessoa significativa, tendo estes um papel preponderante nos cuidados à criança.

5. CONCLUSÃO

A doença e a hospitalização são, para algumas crianças, as primeiras crises com que se deparam. Em particular durante os primeiros anos de vida, pois representam uma mudança no seu estado habitual de saúde e rotina familiar.

A realização deste estudo abre portas para possíveis intervenções que conferem humanização dos cuidados, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e potenciar um crescimento e desenvolvimento saudáveis. É fundamental que o EESIP, promova formação aos

profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, para que a ludoterapia seja um fator potenciador de desenvolvimento. Através da utilização do ato de brincar, a criança desenvolve a sua criatividade e fomenta momentos de descontração. Desta forma, é possível promover a diminuição do fator stress decorrente da hospitalização, nomeadamente através da criação de ateliês lúdicos, seja no âmbito do internamento ou salas de espera, permitindo à criança desenhar, pintar, a possibilidade de momentos de leitura de uma história aos quadradinhos, de brincadeiras com jogos didáticos, atividades musicais, entre outros. As estruturas e ambientes devem ser adaptados a cada etapa de desenvolvimento, no que diz respeito às características dos espaços e à diminuição de ruídos decorrentes nas unidades hospitalares. A criação de ambientes coloridos e acolhedores, e o recurso a locais próprios para a realização de tratamentos são aspetos fundamentais para que as crianças não identifiquem o hospital apenas como um local gerador de dor e angústia, mas como um espaço gerador de convivência e aprendizagem. O estabelecimento de uma relação empática entre o EESIP-criança-família facilita a sua interação e, por consequência, promove o desenvolvimento infantil. Os pais são incentivados a participar nos cuidados, mas, também, nos momentos lúdicos contribuindo para a diminuição da ansiedade das crianças, tornando-as mais descontraídas e, consequentemente, reduzindo o impacto da hospitalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Botelho., Cunha, C. & Macedo, M. (2011). O Método da revisão integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e sociedade belo horizonte*, 5 (11), 121–136. DOI:10.21171/ges.v5i11.1220

Boto, M. (2014). *Humanização dos cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria: Perceção dos Pais e dos Enfermeiros* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP.

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9490/1/Tese%20 %20Humaniza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20de%20enferm](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9490/1/Tese%20%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem%20numa%20unidade%20de%20cuidados%20intensivos.pdf)

<agem%20numa%20unidade%20de%20cuidados%20intensivos.pdf>

Casey, A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In: Glasper, E.A., Tucker, A. (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. Londres: Scutari Press.

Dal'Bosco, E., Barancelli, M., Gobatto, M. & Schmidt, C. (2019). Hospital Humanization in Pediatrics: Project "Nurses of Joy". *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(4):1173–8. <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238189p1173-1178-2018>

Disher, T., Benoit, B., Inglis, D., Burgess, S., Ellsmere, B., Hewitt, B., Bishop, T., Sheppard, C., Jangaard, K., Morrison, G. & Campbell-Yeo, M. (2017). Striving for Optimum Noise-Decreasing Strategies in Critical Care. *S. Perinat Neonat Nurs*, (31), 1, 58–66. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000229

Lopes, I. (2021). *Humanização dos cuidados de Enfermagem em Pediatria: Atuação do Enfermeiro Especialista*. [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa.

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36829/1/202947424.pdf>

Oliveira, V. & Perrone, R. (2018). O brincar como sustentáculo da saúde mental da criança. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 9(1), 49–66. DOI: <https://doi.org/10.34628/yhcy-0e83>

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

Poletto, P. & Motta, M. (2015). Education in health in the waiting room: care and action to the child who lives with HIV/aids. *Escola Anna*

Nery 19 (4), 641–47. DOI:10.5935/1414-8145.200150086

Rodriguez, S. (2017). *O papel da música na promoção da saúde em idade pediátrica*. [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/33494>

Rolim, K., Pinheiro, C., Magalhães, F., Frota, M., Mendonça, F. & Fernandes, H. (2017). Comic books: technology in health for the humanization of care delivery to hospitalized children. *Revista de Enfermagem de Referência*, IV, (14), 69–78. <http://doi.org/10.12707/RIV17028>

Serra, F. (2019). *Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a satisfação das necessidades dos pais da criança hospitalizada em pediatria*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30863/1/Relatorio%20Filipa%20Final.pdf>

Silva, A. (2012). *Humanização dos cuidados de Enfermagem no serviço de internamento de pediatria: percepção dos pais e enfermeiros* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/9369>

Silva, G. (2019). *Humanização dos cuidados em Pediatria: Atuação do Enfermeiro*

Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/30392>

Silva, J., Azevedo, E., Barbosa, J., Lima, M., Cantalice, A., Ramalho, M. & Barbosa, H. (2021). O lúdico como recurso terapêutico no tratamento de crianças hospitalizadas: percepção dos enfermeiros. *Enferm Foco*, 12(2):365–71. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4358

Silva, K., Taets, G. & Bergold, L. (2017). Using music in a pediatric unit: helping to humanize the hospital. *Revista de Enfermagem UERJ*, 25, 1–5. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26265>

Silva, L. & Cabral, I. (2015). Rescuing the pleasure of playing of child with cancer in a hospital setting. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 68(3): 391–7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680303i>

Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista de Investigação de Enfermagem*, 2018: 31–39. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.



IDENTIFICAÇÃO E REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE RISCO — INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

IDENTIFICATION AND REFERENCING OF THE CHILD AT RISK SITUATION— INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH

[10.29073/jim.v4i1.743](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.743)

Receção: 02/05/2023 Aprovação: 19/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Marisa Pastor ^a; Goreti Marques ^b; Sofia Silva ^c; Rita Fernandes ^d; Olívia Barcelos ^e;

^a Escola Superior de Saúde de Santa Maria; marisapastor@outlook.pt; ^b Escola Superior de Saúde de Santa Maria; goreti.marques@santamariasau.de.pt; ^c Escola Superior de Saúde de Santa Maria; sofia.silva@santamariasau.de.pt; ^d Escola Superior de Saúde de Santa Maria; rita.fernandes@santamariasau.de.pt; ^e Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; olivia.barcelos@santamariasau.de.pt;

RESUMO

Introdução: Os maus-tratos a crianças/jovens constituem um problema de saúde pública com repercussões físicas e psicológicas, pelo que é fundamental sensibilizar e capacitar os enfermeiros para atuarem na sua deteção precoce, sinalização e prevenção.

Objetivo: Identificar a produção científica relativa à temática da criança em situação de risco.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura efetuada nas bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina, disponíveis no motor de busca EBSCO, publicados entre 2012 e 2022. A seleção e análise de relevância dos artigos foi efetuada pelos revisores de forma independente.

Resultados: Dos 243 artigos iniciais foram selecionados 13 artigos, segundo critérios previamente definidos. Identificou-se a necessidade de promoção de conhecimento relativo às tipologias dos maus-tratos a crianças/jovens, sendo esta a lacuna para uma correta referenciação. É ainda fundamental, identificar como se deve proceder ao encaminhamento, bem como a legislação em vigor sobre esta temática.

Conclusão: O conhecimento relativo a esta temática e às barreiras à sua referenciação pelos profissionais de saúde é imprescindível para a correta intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-Chave: Maus-Tratos Infantis; Abuso; Criança em Risco; Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

Introduction: Mistreatment of children/young people is a public health problem with physical and psychological repercussions, so it is essential to raise awareness and train nurses to act in its early detection, signaling and prevention.

Objective: To identify the scientific production related to the topic of children at risk.

Methodology: Integrative literature review carried out in the databases: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive and MedicLatina, available on the EBSCO search engine, published between 2012 and 2022. The selection and exchange analysis of articles was performed by reviewers independently.

Results: Of the 243 initial articles, 13 articles were selected, according to previously defined criteria. It was identified the need to promote knowledge regarding the types of mistreatments of children/young people, which is a gap for correct referencing. It is also essential to identify how to proceed with the referral, as well as the legislation in force on this subject.

Conclusion: The knowledge related to this theme and the barriers to its referral by health professionals is support for the correct intervention of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health.

Keywords: Child Abuse; Abuse; Child at Risk; Nurse Specialist in Child and Pediatric Health.

1. INTRODUÇÃO

A criança é um ser vulnerável que não possui capacidade para satisfazer as suas próprias necessidades básicas, devendo receber proteção e assistência por forma a que estas sejam garantidas (UNICEF, 2019). Não o sendo, a criança pode incorrer em risco ou perigo. O risco diz respeito ao potencial perigo que pode pôr em causa os direitos da criança, tais como a formação, a educação e o desenvolvimento, aliado às características vulneráveis que a própria criança já possui (Costa, 2020). Por sua vez, o perigo corresponde à efetividade do risco (Direção Geral de Saúde (DGS), 2011).

São várias as definições de maus-tratos, no entanto, todas coincidem no que concerne à privação do bem-estar da criança/jovem e às necessidades não satisfeitas das mesmas. Os maus-tratos podem ocorrer por negligência (inclui abandono e mendicância), agressão física, abuso sexual, psicológico/emocional, síndrome de *Munchausen* por procuração, exploração comercial ou de outro tipo resultante em danos reais ou potenciais à saúde (Sethi et al., 2018; DGS, 2011).

Ao nível mundial, 300 milhões de crianças com idades entre dois e quatro anos sofrem regularmente punição física e/ou violência psicológica pelos pais e cuidadores (Scotti, 2020). Sendo que, cerca de 17% das crianças são submetidas a formas de castigos físicos severos e, 120 milhões de raparigas com idade inferior aos 20 anos são sujeitas a relações sexuais forçadas (UNICEF, 2014).

Na Europa os maus-tratos afetam mais de 55 milhões de crianças/jovens. O relatório europeu sobre a prevenção de maus-tratos infantis de 2013, declarou que 9,6% das crianças/jovens sofrem abuso sexual, 16,3% negligência física, 18,4% negligência emocional, 22,9% abuso físico e 29,6% abuso emocional (Sethi et al., 2018). A nível nacional, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), no relatório anual de 2021, salientou que foram referenciadas 1959 crianças/jovens, das quais 1416 vítimas de crimes sexuais (APAV, 2021).

Por sua vez, a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das

Crianças e Jovens no relatório de 2021, referiu que das 45.132 situações em perigo referenciadas, apenas foram diagnosticadas 15.055, e 4.669 (31,01%) foram associadas a negligência, 361 (2,39%) a maus-tratos psicológicos, 317 (2,10%) a maus-tratos físicos e 152 (1%) a abusos sexuais.

Os maus-tratos têm um profundo impacto no desenvolvimento físico, psicológico e social da criança e jovem, com diversas repercussões para toda a sua vida (Unicef, 2014).

Tendem assim, a desencadear transtornos mentais, tais como depressão, ansiedade, transtorno de personalidade, uso abusivo de substâncias prejudiciais à saúde e comportamento agressivo ou suicida (Junior, et al., 2023).

Perante o elevado número de crianças/jovens em situação de risco e vítimas de maus-tratos, bem como as possíveis consequências futuras para a criança/jovem, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) tem uma intervenção importante na sua sensibilização, reconhecimento, referência e notificação.

O EESIP tem a responsabilidade e competência de atuar na maximização da saúde, fazendo parte das suas mestrias a identificação de situações de risco para a criança/jovem, a sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, conhecer as consequências e a prevenção, bem como assistir a criança/jovem em situações de maus-tratos (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018). Deve assim possuir conhecimentos sobre os tipos, sinais, sintomas e consequências futuras dos maus-tratos, para intervir na proteção das crianças/jovens, de modo que estas não sejam vítimas de maus-tratos independentemente da forma como são praticados.

Torna-se fundamental identificar a produção científica relativa à temática da Criança em Situação de Risco, com a finalidade de propor intervenções do EESIP nos diferentes contextos da prática clínica. Para isso, procedeu-se a uma revisão integrativa da literatura (RIL).

A RIL, é um método de pesquisa utilizada na Prática Baseada na Evidência, incorporado assim a evidência na prática clínica (Souza et al., 2010). No presente estudo irá ser apresentado as diversas fases da realização da mesma (metodologia, resultados, discussão e conclusão). Por fim será apresentado as referências bibliográficas utilizadas.

2. METODOLOGIA

Realizada uma RIL que permitiu, através de uma avaliação crítica e da síntese das evidências disponíveis, obter uma compreensão mais alargada do fenómeno em estudo (Sousa et al., 2017). O presente estudo, conforme preconizado para elaboração de RIL, foi desenvolvido em seis fases: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/ síntese do conhecimento (Botelho et al., 2011).

De forma a garantir uma pesquisa precisa e relevante, a questão de investigação norteadora do estudo, foi construída através da mnemónica PICO (População, Intervenção, Comparação e Outcome): “Quais as intervenções do EESIP na identificação da criança e jovem em situação de risco, nos diferentes contextos da prática clínica?”.

Foram definidos como critérios de inclusão: crianças e jovens dos zero aos 17 anos e 364 dias, artigos publicados nos últimos 10 anos, redigidos em português, espanhol e inglês, artigos que abordassem a temática dos maus-tratos a crianças/jovens, dando resposta à questão de investigação, e estudos primários. Como critérios de exclusão: artigos que não respondam à questão de investigação, nomeadamente relacionados com educação Sexual a crianças e jovens, crianças/jovens com risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, risco de crianças e jovens com comportamentos aditivos.

A pesquisa teve por base três etapas. A primeira incluiu a pesquisa em base de dados CINAHL Complete; MEDLINE Complete;

Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina. Tendo sido utilizados os descritores Medical Subject Headings (MESH): abuse, child sexual; child neglect; child maltreatment; child mistreatment; physical abuse; risk-taking; risk behavior; sexual child molestation; nurs*; health knowledge; attitudes; practice. A segunda etapa incluiu a combinação dos descritores encontrados com os operadores booleanos AND, OR, e a ferramenta “*” para fortalecer a busca, garantindo que novas variações de uma mesma palavra sejam criadas, dando origem à seguinte expressão de pesquisa: ((abuse, child sexual OR child neglect OR child maltreatment OR child mistreatment OR physical abuse OR risk-taking OR risk behavior OR sexual child molestation) AND Nurs* AND health knowledge, attitudes, practice).

Numa terceira etapa, efetuou-se a pesquisa. O processo de seleção dos artigos ocorreu em julho de 2022. Os resultados obtidos em cada uma base de dados foram exportados para um gerenciador de referências. As referências duplicadas foram excluídas e de seguida procedeu-se à análise e seleção dos artigos. Dois investigadores, de forma independente, analisaram os estudos por título, resumo e texto integral, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Em situação de divergência entre os investigadores, esta foi solucionada por um terceiro investigador, responsável por decidir a inclusão ou não do estudo em questão.

Para a extração dos dados foi elaborado um instrumento com o objetivo de registar as características relevantes dos estudos, bem como as principais evidências encontradas, englobando os seguintes tópicos: título, autor, ano e local de publicação, objetivos, método do estudo, população, contexto, intervenção, principais resultados e conclusões. Os dados obtidos foram apresentados em quadros, e após reflexão agrupados em categorias conceituais.

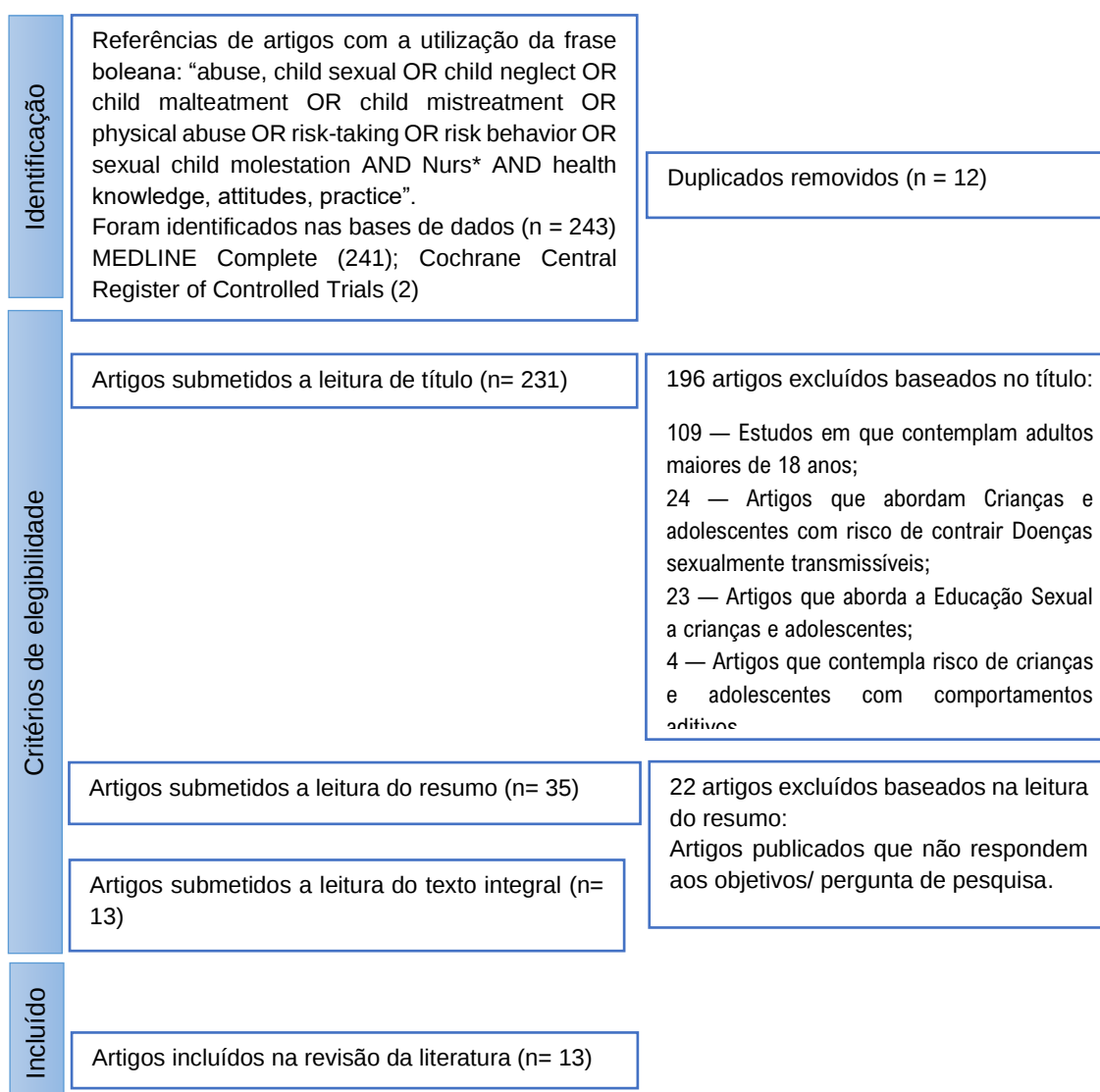
De forma a garantir a qualidade da produção desta RIL, seguiu-se a *checklist* PRISMA (Tricco et al., 2018).

3. RESULTADOS

Após a aplicação dos termos de pesquisa definidos, de acordo com os critérios supramencionados, foi identificado um total de 243 artigos, sendo que 241 têm origem na MEDLINE Complete e dois na Cochrane Central Register of Controlled Trial. O processo de seleção dos artigos foi analisado recorrendo, esquematicamente, ao fluxograma PRISMA 2020 (Figura 1), onde se encontram documentados todos os passos até à obtenção da amostra final. Destes 243 artigos, 12 foram excluídos por estarem duplicados, resultando

em 231 artigos. Assim, foram analisados 231 artigos pela leitura do título e excluídos 196, dos quais resultaram 35 artigos para análise do resumo. Após a mesma foram excluídos 22 artigos, resultando num total de 13 artigos para análise do texto integral. Todo o processo de seleção foi baseado nos critérios de pesquisa previamente definidos. Após a leitura e análise integral dos 13 artigos, foram incluídos neste estudo os mesmos 13 artigos.

Figura 1 – Análise dos estudos



Fonte: Baseado no fluxograma PRISMA (Page et al. 2021)

Os 13 artigos incluídos no estudo, divergem no ano de publicação. Cinco dos artigos, foram publicados em 2018, realçando a escassez de evidência publicada nos últimos anos.

A tabela 1, são apresentados os dados relacionados com os 13 estudos incluídos nesta revisão, em relação aos seus autores, data e principais conclusões.

Tabela 1 – Identificação dos estudos

Autores/Data	Conclusões
Elarousy & Abed, 2019	<i>Os achados indicam que existem barreiras para a não notificação de casos suspeitos de abuso infantil e que é necessária a disponibilidade de programas de intervenção educacional.</i>
Sathiadas et al. 2018	<i>Conhecimento, atitude e comportamento dos diferentes profissionais de saúde são satisfatórios com poucas deficiências, principalmente nas áreas de identificação do agressor e da decisão que tomarão em caso de negligência. O apoio aos serviços de proteção à criança e a eficácia desses serviços precisam ser avaliados. A lacuna entre detetar e relatar pode ser superada melhorando a base de conhecimento.</i>
Taylor & Harris, 2018	<i>Este estudo encontrou um aumento estatisticamente significativo ao nível do conhecimento dos estudantes da graduação em enfermagem sobre como prevenir, reconhecer, e reagir de forma responsável ao abuso e tráfico sexual infantil após intervenção educacional. Os alunos relataram também maior nível de confiança após intervenção educacional.</i>
Al-Saif, et al. 2017	<i>A intervenção educacional e o aumento da consciencialização dos profissionais são importantes para equilibrar as taxas de notificações de suspeita de abuso sexual. Esta intervenção educacional deverá ser focada nas reações das crianças ao abuso, destacar a gravidade do problema e informar os profissionais sobre as leis e regulamentos de proteção infantil. A denúncia deveria garantir o sigilo das alegações, incentivando os profissionais a notificar em segurança.</i>
Flemington & Fraser, 2017	<i>A necessidade de educação continuada no reconhecimento do abuso infantil é frequentemente identificada entre os profissionais de saúde; O programa em estudo foi eficaz para melhorar o conhecimento da equipa de emergência sobre abuso e negligência infantil. Uma abordagem ampla de sistemas pode ser necessária para impactar as atitudes da equipa de emergência em relação à notificação de casos de abuso.</i>
Maul, et al., 2018	<i>Há necessidade de organizações sociais fortes e de apoio aos profissionais de saúde em nível institucional e de intervenção educacional bem como necessidade de uma equipa de proteção à criança.</i>
Hackett, 2013	<i>Embora as enfermeiras da escola neste estudo tenham destacado a confusão e a falta de clareza em torno de seu papel e envolvimento na proteção da criança, elas foram bastante claras sobre sua responsabilidade de seguir os procedimentos de proteção à criança se tivessem motivo de preocupação com uma criança ou jovem; Além da intervenção educacional em proteção à criança, a supervisão de casos foi percebida como importante para atender às suas necessidades de aprendizado e intervenção educacional;</i>

	A formação multi-agências, em particular, foi sentida como benéfica para a sua prática de proteção infantil devido a uma maior compreensão dos papéis e responsabilidades de outros profissionais; A falta de tempo e o aumento da carga de trabalho foram identificados como barreiras ao envolvimento da enfermeira escolar na proteção da criança e na capacidade de realizar intervenção educacional em proteção à criança.
Gadner, et al., 2018	Os enfermeiros escolares são os principais profissionais de saúde para fornecer educação específica da comunidade para as escolas e comunidades; Os enfermeiros escolares estão idealmente posicionados e devem trabalhar com os líderes em sua escola e comunidade para fornecer oportunidades educacionais sobre o reconhecimento e a divulgação de abuso e negligência infantil; As oportunidades educacionais podem melhorar o conhecimento e a confiança na identificação precoce do abuso e negligência infantil, em última análise, promovendo a saúde geral dentro de uma comunidade e protegendo as crianças em risco; Os enfermeiros escolares não devem apenas fornecer intervenção educacional anual sobre reconhecimento e relatórios de abuso e negligência infantil, mas também explicar por que é necessária intervenção educacional frequente e fornecer informações de atualização ao longo do ano letivo. As sessões de educação sobre abuso e negligência infantil podem ser uma das muitas maneiras pelas quais a enfermeira da escola educa e capacita leigos, professores e funcionários para rastrear e relatar abuso e negligência infantil com confiança.
Moreira, et al., 2013	Verificou-se a presença de lacunas na instrumentação e no conhecimento em relação à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes; Constatou-se que lidar com esse procedimento envolve dificuldades que não se mostram em relação a outros tipos de relato. Por esse motivo, a abordagem dos serviços e dos profissionais de saúde para minimizar o problema deve levar em conta tais obstáculos e complexidades; Recomenda-se aproximar a gestão, o serviço e as instituições de ensino para redirecionar os currículos às demandas vigentes e à capacitação de forma contínua sobre o tema violência contra a população infantojuvenil e o seu enfrentamento, envolvendo o assunto nas discussões e nas rodas de conversa dos serviços de saúde.
Oliveira, et al., 2016	A versão final do questionário apresentou consistência interna satisfatória e boa confiabilidade e reprodutibilidade; O instrumento sobre a avaliação do conhecimento acerca da violência doméstica contra a criança, na prática dos profissionais de saúde, apresentou-se válido.
Francis, et al., 2014	O estudo constatou que denunciar abuso e negligência infantil é uma experiência stressante para esses grupos que são altamente visíveis em suas respectivas comunidades;

	<i>O relatório obrigatório precisa ser um componente significativo dos currículos de educação interdisciplinar pré-serviço e do desenvolvimento profissional regular e contínuo;</i> <i>Deverá haver uma estrutura nacional que assegure a consistência das obrigações.</i>
Pinto, et al., 2018	<i>Este estudo descobriu que os trabalhadores do serviço de urgência, têm um conhecimento limitado das diferentes formas de maus-tratos infantis e seus sintomas associados além do abuso físico, foi possível verificar que a maioria não recebeu intervenção educacional sobre o tema.</i>
Adams, et al., 2012	<i>Quer a pontuação média total, quer as pontuações da subescala na pesquisa foram significativamente maiores entre os pediatras de abuso infantil em comparação com os enfermeiros examinadores de agressão sexual.</i> <i>Não houve diferenças estatisticamente significativas entre Pediatras de Abuso sexual e Enfermeiros de Prática Avançada ou entre Pediatras e Enfermeiros examinadores de agressão sexual em algumas medidas.</i> <i>Intervenção educacional, disciplina e experiência clínica foram significativamente associados à capacidade de identificar corretamente os achados médicos e aplicar o conhecimento médico para interpretar corretamente os achados em nossa pesquisa com participantes que realizam avaliações para suspeita de abuso sexual infantil.</i> <i>Neste estudo sugerem que cinco ou mais exames por mês podem ser necessários para a competência contínua na interpretação de achados médicos e laboratoriais em crianças avaliadas por suspeita de abuso sexual por médicos que não sejam especialistas em Pediatria de Abuso Infantil;</i> <i>Os resultados deste estudo sugerem que os casos de examinadores que não atendem a esses critérios devem ser revisados por um médico especialista mais experiente;</i> <i>O reconhecimento de lesões, bem como variantes normais e condições confundidas com abuso é fundamental para formular um diagnóstico preciso.</i>

Fonte: Elaboração própria

Para dar resposta à questão de investigação previamente delineada, concebeu-se uma síntese descritiva, contendo os aspetos relevantes referentes a cada um dos estudos incluídos na revisão, relativamente à metodologia utilizada, objetivos, resultados e

conclusões. Para melhor contextualizar a análise de resultados, foi efetuado o processo de categorização da informação, tendo sido organizado em quatro categorias conforme exposto na tabela 2.

Tabela 2 – Categorias

Categorias	N.º artigos
1 — Conhecimento dos profissionais sobre tipologia dos maus-tratos a crianças/jovens	4 (30,7%)
2 — Conhecimento sobre o encaminhamento e legislação dos maus-tratos a crianças/jovens	6 (46,2%)
3 — Barreiras para não prosseguir com a denúncia dos maus-tratos a crianças/jovens às entidades responsáveis	8 (61,5%)
4 — Necessidade de formação a profissionais sobre a temática maus-tratos a crianças/jovens	13 (100%)

Fonte: Elaboração própria

No que concerne aos estudos analisados, após terem sido organizados por categorias, verifica-se que todos reportam a necessidade de formação dos profissionais sobre a temática dos maus-tratos a crianças/jovens (13 estudos). Destes, 61,5% (8 estudos), salientam as barreiras dos profissionais de saúde à denúncia dos maus-tratos das crianças/jovens, 46,2% (6 estudos), mencionam a necessidade de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o encaminhamento e legislação relativa aos maus-tratos, e 30,7% (4 estudos), referem a importância do conhecimento dos profissionais sobre as diferentes tipologias de maus-tratos.

4. DISCUSSÃO

Pretendeu-se com esta RIL identificar a produção científica relativa à temática da Criança em Situação de Risco, com a finalidade de propor intervenções do EESIP na identificação de crianças e jovens em situação de risco, nos diferentes contextos da prática clínica.

A partir da análise dos 13 artigos selecionados e posterior categorização, foi possível constatar que o conhecimento por parte dos profissionais de saúde, sobre as diferentes tipologias de maus-tratos nas crianças/jovens é fundamental. Só assim é possível uma deteção precoce dos sinais e sintomas, promovendo um encaminhamento e proteção mais efetiva das crianças/jovens em situação de risco (Oliveira & Simões, 2014).

Os artigos analisados, demonstraram que os enfermeiros, possuem conhecimentos sobre diferentes tipos de maus-tratos a

crianças/jovens, no entanto, apresentam alguma dificuldade na identificação dos sinais e sintomas associados a cada um deles (Elarousy & Abed, 2019; Sathiadas et al., 2018; Adams et al., 2012). A maior dificuldade surge no caso dos maus-tratos por abuso sexual, pois a sua identificação suscita algumas dúvidas aos profissionais de saúde, uma vez que a rotura do freio oral, pode ser considerada uma forma de abuso sexual, ainda que isoladamente possa não estar associado (Sathiadas et al., 2018 & Adams et al., 2012).

Esta diversidade pode levar os profissionais a ficarem confusos e a terem alguma dificuldade na sua identificação. Deste modo, para que a rotura do freio oral seja identificada como forma de maus-tratos, nomeadamente de abuso sexual, o EESIP deve possuir conhecimento sobre o desenvolvimento físico da criança nas diferentes faixas etárias (Vaz, 2022), uma vez que a rotura do freio poderá não estar associada quando a criança se encontra a aprender a andar, mas fora desta faixa etária é altamente sugestivo de abuso sexual (Vaz, 2022).

Ainda, existente dificuldade por parte dos enfermeiros na identificação e reconhecimento dos sinais e sintomas de maus-tratos, devido à falta de formação específica na área, à ausência de programas de educação sobre a temática, à inexistência de programas para profissionais e de estudos (Elarousy & Abed, 2019; Sathiadas et al., 2018; Pinto et al., 2018; Adams et al., 2012). Assim, é fundamental o conhecimento dos profissionais de saúde para

uma detecção precoce (Sathiadas, et al., 2018; Adams, et al., 2012).

Outro ponto relevante, está associado ao conhecimento que os profissionais têm sobre o encaminhamento e legislação vigente dos maus-tratos a crianças/jovens. A evidência demonstra que a falta de normas e protocolos hospitalares para a referência e encaminhamento, pode ser prejudicial para a proteção destas crianças e famílias (Maula, et al., 2019; Pinto, et al., 2018). É essencial a existência de protocolos de orientação e atuação para os profissionais, nomeadamente os EESIP, na notificação e encaminhamento de crianças e jovens em risco das diversas unidades de saúde para entidades de proteção de crianças e jovens (Maula et al., 2018).

De acordo com os mesmos autores, a escassez de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, sobre as normas ou protocolos existentes, leva a que as crianças/jovens vítimas ou com suspeita de maus-tratos, não sejam devidamente orientadas e protegidas. Alguns profissionais identificam os documentos necessários para a notificação, no entanto, não detêm conhecimento suficiente de proceder à referência e encaminhamento (Sathiadas, et al., 2018; Moreira, et al., 2012; Elarousy & Abed, 2019). Torna-se evidente, a importância do EESIP na elaboração de procedimentos e protocolos para a notificação, referência e encaminhamento das crianças/jovens em situação de risco, bem como da sua atuação na capacitação dos profissionais de saúde para uma adequada e célere notificação (Elarousy & Abed, 2019; Sathiadas, et al., 2018).

Associadas aos fatores supramencionados, surgem as barreiras para os profissionais não prosseguirem à denúncia dos maus-tratos a crianças/jovens. Alguns dos fatores apontados como obstáculos à denúncia dos profissionais de saúde são: experiência negativa dos enfermeiros/outras profissionais de saúde com a criança/família após efetuarem uma denúncia, nomeadamente represálias; questões culturais, em algumas culturas o abuso físico é considerado disciplina; ausência de provas evidentes; falta de conhecimento

sobre os sinais e sintomas dos diferentes tipos de maus-tratos; défice de formação dos profissionais de saúde; ausência de diretrizes e procedimentos nos serviços; medo de eventuais repercussões na carreira; receio do processo judicial; assim como falta de tempo por sobrecarga de trabalho (Elarousy & Abed, 2019; Sathiadas et al., 2018; Al-Saif et al., 2017; Flemington & Fraser, 2017; Maula et al., 2019; Francis et al., 2014; Moreira et al. 2012; Hackett, 2013).

A denúncia é um dever obrigatório para proteção da criança e família, estando descrita no Art.º 66, n.º 2 da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2011). A denúncia dos maus-tratos deve ser realizada o mais célere possível, prevenindo complicações. A criança que sofre de maus-tratos terá consequências futuras na sua saúde e no seu desenvolvimento (Pereira, 2017).

Por fim, é consensual que a formação dos profissionais de saúde é uma lacuna no reconhecimento dos maus-tratos a crianças/jovens (Elarousy & Abed, 2019; Al-Saif et al., 2017; Flemington & Fraser, 2017). A participação destes profissionais em sessões formativas, aumenta o seu conhecimento relativo à temática (Taylor & Harris, 2017; Flemington & Fraser, 2017; Gadner, et al., 2018). A formação deverá ser implementada pelas entidades e Políticas de Saúde Pública (Moreira et al., 2013).

A experiência profissional, é um fator relevante que contribui para aumentar o conhecimento dos profissionais sobre os maus-tratos, potenciar a identificação e reconhecimento de possíveis vítimas (Francis, et al., 2014; Adams, et al., 2012; Moreira et al., 2013). A prática e a formação são promotoras do desenvolvimento de competências, aumentando assim a sensibilidade dos profissionais para estes casos e consequentemente para a sua notificação (Silva et al., 2014).

No entanto, a formação é considerada o primeiro passo para a prevenção da mortalidade associada aos maus-tratos infantis, devendo ser contínua, regular e objeto de avaliação (Sathiadas et al., 2018; Francis et

al., 2014; Flemington & Fraser, 2017; Oliveira et al., 2016; Hackett, 2013).

É da responsabilidade do EESIP capacitar os profissionais de saúde, nos diferentes contextos da prática clínica, para a deteção precoce de sinais ou sintomas de criança/jovem que possam ser vítima de maus tratos (Pinto et al., 2018).

5. CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu verificar a pertinência desta temática, uma vez que os profissionais de saúde estão despertos para a sua importância, no entanto, foram verificadas algumas lacunas nos seus conhecimentos, razão pela qual não procedem corretamente à referenciação. A ausência de normas e protocolos nas organizações de saúde podem ser prejudiciais no encaminhamento de crianças/jovens em situação de risco. Foi possível constatar que existem diversas barreiras para não prosseguir com a denúncia, estas devem ser identificadas para que a intervenção do EESIP seja a mais adequada. A necessidade de formação foi identificada como sendo crucial para a aquisição de conhecimentos nesta área.

O EESIP deverá assim capacitar os enfermeiros e restantes elementos das equipas para a notificação e identificação da criança/jovem em situação de risco. Para isso deverão ser criados grupos de trabalho com pelo menos um EESIP, posteriormente, proceder ao levantamento das necessidades em cada contexto e promover formação nesta área, onde deverão ser incluindo temas como tipologias, sinais e sintomas dos maus-tratos, como proceder corretamente ao encaminhamento, sendo fundamental elaborar e/ou atualizar normas e procedimentos hospitalares junto das instituições.

Para além da formação, é importante o EESIP promover esta temática para a comunidade, onde as crianças/jovens estão inseridas.

A realização deste estudo demonstra a pertinência desta temática recomendando-se assim a realização de estudos futuros que visem a pertinência e eficácia das intervenções dos EESIP na sensibilização, reconhecimento,

referenciação e notificação de crianças e jovens em situação de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, J.A., Starling, S.P., Frasier, L.D., Palusci, V.J., Shapiro, R.A., Finkel, M.A. & Botash, A.S. (2012). Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse & Neglect* 36, 383–392. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.004>

Al-Saif, D.M., Al-Eissa, M., Saleheen, H., Al-Mutlaq, H., Everson, M.D. & Almuneef, A. (2017). Professionals' Attitude Toward Reporting Child Sexual Abuse in Saudi Arabia. *Journal of Child Sexual Abuse*. DOI: 10.1080/10538712.2017.1360429

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). Estatísticas APAV, Relatório Anual. https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf.

Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. A. & Macedo, M. (2011). O Método da revisão integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e sociedade pelo horizonte* 5 (11) p. 121–136.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2011). *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus-tratos ou outras situações de perigo*.

Costa, F.C.B. (2020). *Perspetiva sobre os Maus-Tratos a Crianças e Jovens — Um Estudo de Psicologia Forense*. [Master's thesis — Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias] — Repositório Científico da Lusófona. URL: <http://hdl.handle.net/10437/10248>

Direção Geral de Saúde. (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens — Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*.

Elarousy, W. & Abed, S. (2019). Barriers that inhibit reporting suspected cases of child abuse and neglect among nurses in a public hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J.* 25(6), 413–421, <https://doi.org/10.26719/emhj.18.055>

Flemington, T. & Fraser, J. (2017). Building workforce capacity to detect and respond to

child abuse and neglect cases: A training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam. *Enfermagem de Emergência Internacional*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.03.004>

Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J., Grant, J. (2014). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse* 41 (1), 58–69. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.41.1.58>

Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2014). Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. United Nations Children's Fund, New York. https://www.unicef.org/publications/index_748_65.html

Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o-dos-direitos-da-crianca.pdf

Gadner, L.S., Derouin, A., Brown, R.; & Jonhsonm A.D. (2018). At the Front Lines: Effectively Training Community Stakeholders to Recognize and Report Child Abuse and Neglect. *O jornal de Enfermagem escolar* 36 (3), 181–186. DOI: 10.1177/1059840518812622

Hackett, A.J. (2013). The role of the school nurse in child protection. *Praticante da Comunidade Dezembro* 86 (12).

Junior, S.C., Cabral, M.B., Ribeiro, I.C., Pires, L.S.A., Paulo, A.S., Parduci, N.V.P., Freitas, A.K.P.B., Carachesti, T.N., Ricci, R.C., Bogado, S.S.G., Facina, M.E.L., Spegiorin, R.C., Larroque, M.M. (2023). O impacto de maus-tratos na saúde mental de crianças e adolescentes: revisão integrativa de literatura. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR* 27 (4), p. 1912–1931 DOI: 10.25110/arqsaude.v27i4.2023-020

Maula, K.M., Naeem, R., Khan, U.R., Mian, A.I., Yousafzai, A.K. & Brown, N. (2019). Child abuse in Pakistan: A qualitative study of

knowledge, attitudes and practice amongst health professionals. *Abuso e Negligência Infantil* 88, 51–57, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.008>

Moreira, G.A.R., Vasconcelos, A.A., Marques, L.A. & Vieira, L.J.E.S. (2013). Instrumentação e conhecimentos dos profissionais de equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 31 (2), 223–30.

Oliveira, P. & Simões, A. (2014). Maus-tratos à infância: as referências dos técnicos das comissões de proteção de crianças e jovens [cpcj]. *Revista Especial da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (1), 82–89.

Oliveira, L.B., Soares, F.A., Silveira, M.F., Pinho, L., Caldeira, A.P. & Leite, M.T.S. (2016). Violência doméstica contra crianças: elaboração e validação de instrumento de avaliação do conhecimento dos profissionais. *Revista Latino-Americana* 24. DOI: 10.1590/1518-8345.0805.2772

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento no422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário Da República*, 133(2), 19192–19194.

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Elizabeth W Loder, E. W., Wilson, E. M., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. & McKenzie, J.E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. (160). DOI:10.1136/bmj.n160

Pereira, I.A.C. (2017). *Os maus-tratos na infância e os efeitos no desenvolvimento: estudo comparativo entre crianças com e sem registo de maus-tratos*. [Master's thesis — Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/108430>

- Pinto, L., Lein, A., Mahoque, R., Wright, D.W., Sasser, S.M.A. & Staton, C.A. (2018). A cross-sectional exploratory study of knowledge, attitudes, and practices of emergency health care providers in the assessment of child maltreatment in Maputo, Mozambique. *BMC Emergency Medicine* 18 (1). DOI <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0162-9>
- Sathiadas, M.G., Viswalingam, A. & Vijayarathnam, K. (2018). Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka – a study on knowledge attitude practices and behavior of health care professionals. *BMC Pediatrics* 18. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1138-3>
- Scotti, A. (2020). World Health Organization. <https://news.un.org/pt/story/2020/01/1700572>
- Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I. & Meinck, F. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf
- Silva, D. M., Afonso, V.L.F. & Silva, E. M.B. (2014). Conhecimento dos enfermeiros sobre a suspeita e deteção de maus-tratos na criança. *Millenium—Journal of Education, Technologies, and Health*, 47. 69–82. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8110>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 17–26. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1311>
- Taylor, L.E. & Harris, H.S. (2017). Stewards of children education: Increasing undergraduate nursing student knowledge of child sexual abuse. *Nurse Education Today* DOI: doi:10.1016/j.nedt.2017.10.004
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation.
- Unicef (2014). Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. United Nations Children's Fund, New York. Retrieved from https://www.unicef.org/publications/index_74865.html
- Vaz, L. C. M. (2022). Manifestações orofaciais em crianças violentadas sexualmente: o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico. *Brazilian Journal of Development* 8 (8), 57095–57111. DOI:10.34117/bjdv8n8-149

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS

INTERVENTIONS OF THE SPECIALIST NURSE IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH: REFERENCE OF THE CHILD IN PALLIATIVE CARE

[10.29073/jim.v4i1.744](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.744)

Receção: 30/04/2023 Aprovação: 04/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Ana Couto ^a; Sofia Silva ^b; Rita Fernandes ^c; Olívia Barcelos ^d; Goreti Marques ^e;
^a Escola Superior de Saúde de Santa Maria; 20200506@santamariasaude.edu.pt; ^b Escola Superior de Saúde de Santa Maria; sofia.silva@santamariasaude.pt; ^c Escola Superior de Saúde de Santa Maria; rita.fernandes@santamariasaude.pt; ^d Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; olivia.barcelos@santamariasaude.pt; ^e Escola Superior de Saúde de Santa Maria; goreti.marques@santamariasaude.pt;

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Paliativos Pediátricos objetivam melhorar a qualidade de vida da criança, jovem e família, portadora de doenças crônicas complexas, limitantes ou ameaçadoras de vida. No entanto, várias são as que, mesmo com critérios, nunca chegam a ser referenciadas, e as que são, tendem a ocorrer tardiamente na trajetória da doença.

Objetivos: Identificar produção científica relativa à temática da Referenciação em Cuidados Paliativos Pediátricos.

Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura efetuada nas bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Central Register of Controlled Trials, disponíveis motor de busca EBSCO, publicados entre 2012 e 2022. A seleção e análise de relevância dos artigos foi efetuada pelos revisores de forma independente.

Resultados: Dos 231 artigos iniciais foram selecionados 13 artigos, segundo critérios previamente definidos. Verifica-se a necessidade de identificar o mais precocemente possível, as oportunidades de referenciação da criança e família para Cuidados Paliativos Pediátricos, reconhecendo os seus benefícios. As crenças e atitudes dos profissionais de saúde, e a ausência de conhecimento relativa aos Cuidados Paliativos Pediátricos, poderão ser barreiras à referenciação.

Conclusão: Foi evidenciada a importância e os benefícios da precoce e adequada referenciação para Cuidados Paliativos Pediátricos, e de que forma o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica pode intervir no sentido de facilitar o processo.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos Pediátricos; Referenciação; Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRACT

Introduction: Pediatric Palliative Care aims to improve the quality of life of the child, young person and family, with complex chronic diseases, limiting or life threatening, however, there are several that, even with criteria, never get to be referenced, and those that are, tend to occur late in the disease trajectory.

Objectives: To identify scientific production on the topic of Referral in Pediatric Palliative Care.

Methodology: Integrative Literature Review carried out in the databases: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive and Cochrane Central Register of Controlled Trials, available on the EBSCO search engine, published between 2012 and 2022. The selection and analysis of relevance of articles was performed by the reviewers independently.

Results: Of the 231 initial articles, 13 articles were selected, according to previously defined criteria. There is a need to identify, as early as possible, opportunities for referral of the child and family to Pediatric Palliative Care, recognizing its benefits. The beliefs and attitudes of health professionals, and the lack of knowledge regarding Pediatric Palliative Care, may be barriers to referral.

Conclusion: This work aims to highlight the importance and benefits of early and adequate referral for Pediatric Palliative Care, and how the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health can intervene in order to facilitate the process.

Keywords: Pediatric Palliative Care; Referencing; Nurse Specialist in Child and Pediatric Health

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são hoje reconhecidos como um direito humano fundamental. No entanto, apenas uma em cada dez pessoas tem acesso a estes cuidados em fim de vida (Justo da Silva et al., 2022).

Segundo as definições da World Health Organization (WHO) (2020) e da Center for Advance Palliative Care (CAPC) (2019) pode definir-se CP como cuidados de saúde ativos, que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras de doenças crônicas complexas, limitantes ou ameaçadoras da vida, através de uma abordagem holística, de identificação precoce e tratamento da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais. Estes visam a prevenção e alívio do sofrimento, e estendem-se ao apoio à família e ao período de luto. Para serem eficazes, é imprescindível uma ampla abordagem interdisciplinar, que inclua a família e utilize os recursos disponíveis na comunidade, podendo ser implementados com sucesso, mesmo com escassos recursos.

A literatura aponta para especificidades dos Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) face ao adulto, nomeadamente a heterogeneidade de diagnósticos, a baixa prevalência das doenças que requerem CPP, trajetórias de tratamento mais prolongadas, prognósticos incertos, diferentes estádios de desenvolvimento (físico, fisiológico, cognitivo e emocional), farmacocinética e farmacodinâmica, diferentes estádios no ciclo e dinâmica familiar, sofrimento familiar, questões legais, dilemas éticos únicos e elevado impacto social (Forjaz de Lacerda, 2012). Estas diferenças tornam os CPP altamente diferenciados, que requerem profissionais especialistas na área da saúde infantil e pediátrica, com formação e competências específicas em áreas como a ética, a comunicação e o apoio ao luto (Justo da Silva et al., 2022). Ao longo de todo o processo, é fundamental a participação e envolvimento dos cuidadores familiares,

principalmente os pais e irmãos, que devem ser incluídos na avaliação das necessidades e prestação de cuidados (Chambers, 2018).

Importa referir que a sobrevivência até à idade adulta de muitas crianças/jovens com patologias pediátricas raras exige a implementação de programas de transição para cuidados paliativos de adultos (Chambers, 2018).

Tipicamente, as crianças e jovens com necessidade de CPP são aquelas cujas situações clínicas podem colocar a hipótese de não sobrevivência até aos 18 anos (Harrop & Edwards, 2013). Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021–2022, estima-se que existam cerca de 7268 crianças/jovens com necessidades paliativas, em Portugal Continental (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021). Ao garantir que estas crianças/jovens e respetivas famílias possuem acesso a cuidados paliativos, estamos a permitir que tenham experiências menos traumáticas, maior conforto e que os pais se sintam mais preparados para lidar com a doença do seu filho (Cuvillo et al., 2021).

São reconhecidos vários obstáculos à prestação de CPP, entre eles a perceção, pela família e pelos profissionais de saúde, de que os CPP são cuidados exclusivamente de fim de vida, baixa prevalência, dispersão geográfica, falta de formação, ausência de treino e recursos, e fraca coordenação e comunicação entre os vários profissionais de saúde que acompanham a criança/jovem e respetiva família (Forjaz de Lacerda et al., 2017).

Considerou-se assim pertinente, identificar produção científica relativa à temática da Referenciação em Cuidados Paliativos. Para isso procedeu-se de seguida uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma RIL que permitiu, através de uma avaliação crítica e da síntese das

evidências disponíveis, obter uma compreensão mais alargada do fenómeno em estudo (Sousa et al., 2018). A RIL é caracterizada por um conjunto de seis etapas bem definidas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise, interpretação dos resultados e, por último a apresentação da síntese do conhecimento (Botelho et al., 2011). O presente estudo, sustenta-se nas orientações das etapas preconizadas pela RIL.

A formulação da questão norteadora de investigação teve por base a estratégia PICO — (População, Intervenção, Comparação e Outcome), considerando P (Criança/ Família em CP), I (Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica), C (Não se aplica) e O (Referenciação da Criança e Família em CP), resultando na seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na referenciação da Criança/Família em Cuidados Paliativos?”.

Foram definidos como critérios de inclusão, artigos publicados entre 2012 e 2022, artigos redigidos em português, inglês e espanhol, artigos que abordassem a temática da referenciação em cuidados paliativos pediátricos. Como critérios de exclusão foram definidos: o período neonatal, artigos anteriores a 2012, que estejam redigidos noutros idiomas que não seja português, inglês ou espanhol, estudos não seja possível aceder ao texto integral e revisões primários.

Após a definição da questão de investigação, procedeu-se à pesquisa através do motor de busca EBSCOhost nas bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Central Register of Controlled Trials. Sendo para isso definidos os descritores *MESH* (*Medical Subject Headings*) adequados, com recurso aos conectores booleanos “OR” e “AND”. Obteve-se assim, seguinte expressão de pesquisa: ((infant OR child, preschool OR child OR

adolescent) AND (Pediatrics OR pediatric nursing OR Pediatric Nurse Practitioners) AND (Referral and Consultation OR hospital referrals OR second opinion) AND palliative care). A pesquisa decorreu em julho de 2022 e após exportação dos resultados, as referências duplicadas foram excluídas. Procedeu-se de seguida, à análise e seleção dos estudos. Dois investigadores, de forma independente, analisaram os estudos por título, resumo e texto integral, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Em caso de divergências entre os investigadores, estas foram resolvidas por um terceiro investigador, responsável por decidir a inclusão ou não do estudo em questão.

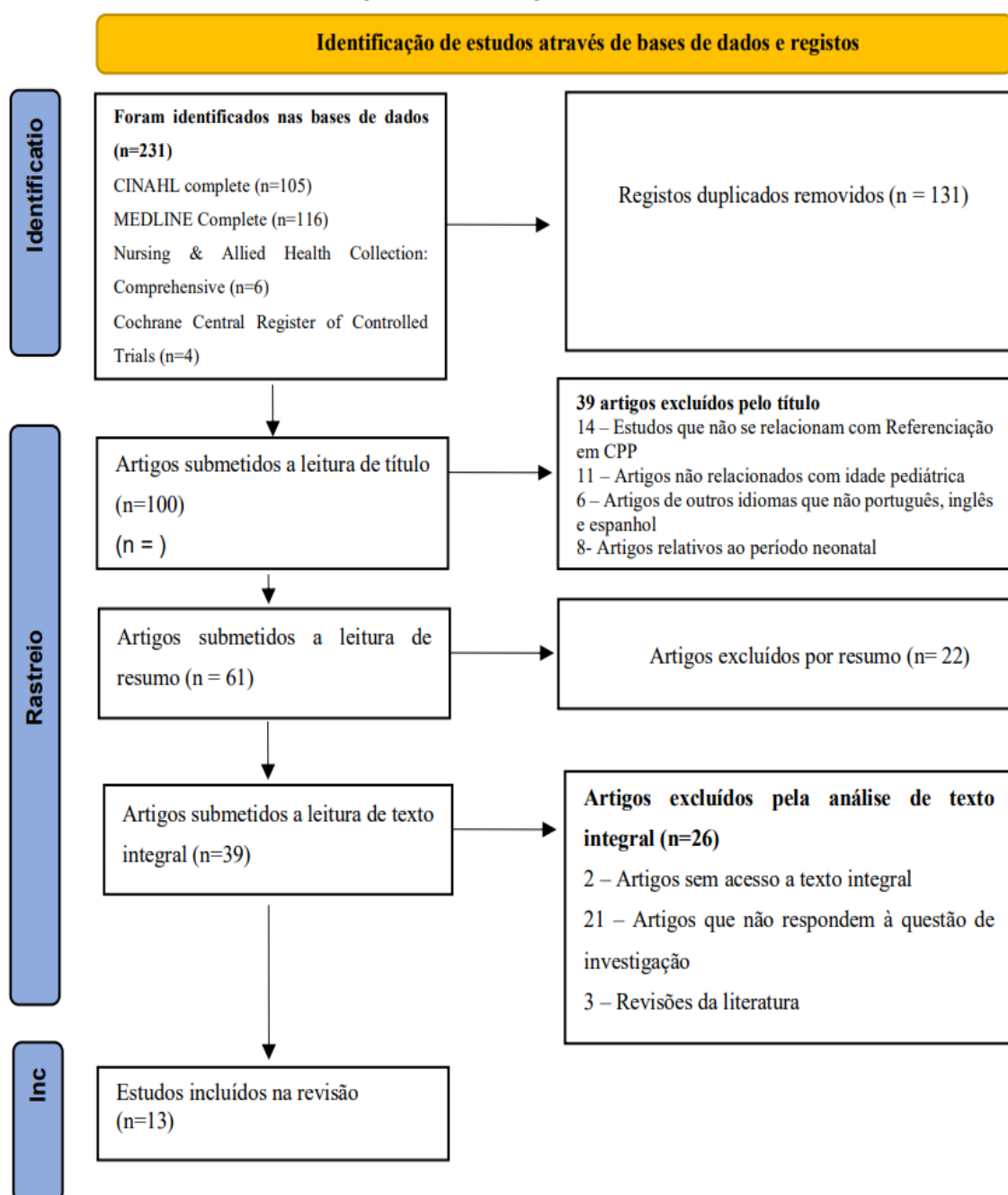
Para a extração dos dados foi elaborado um instrumento com o objetivo de registar as principais características dos estudos, bem como as principais evidências encontradas. Assim, este englobava os seguintes tópicos: título, autor, ano e local de publicação, objetivos, método do estudo, população, contexto, intervenção, principais resultados e conclusões. Os dados obtidos foram apresentados em quadros e refletidos, agrupando-os em categorias conceituais.

De forma a garantir a qualidade da produção desta RIL, seguiu-se a *checklist* PRISMA (Tricco et al., 2018).

3. RESULTADOS

A pesquisa efetuada permitiu identificar um total de 231 artigos, após terem sido aplicados os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos para o estudo. Inicialmente foram removidos 131 artigos duplicados, ficando um total de 100 artigos para análise por leitura de título. Após a mesma, foram excluídos 39 artigos por não se enquadrarem nos critérios de pesquisa definidos. Procedeu-se posteriormente à leitura dos resumos de cada um dos 61 artigos selecionados, tendo sido excluídos 32 artigos. Procedeu-se de seguida à leitura minuciosa do texto integral de 39 artigos, excluindo-se 26 e obtendo o número final de 13 artigos, por responderem aos critérios de inclusão previamente definidos para a RIL, conforme esquematizado na Figura 1 (Fluxograma Prisma).

Figura 21 – Fluxograma PRISMA



De acordo com os 13 artigos selecionados para este estudo, e para resposta à questão de investigação previamente formulada, “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na referência da Criança/Família em Cuidados Paliativos?”, procedeu-se à categorização dos mesmos. Assim, após o processo de categorização da

informação foi possível agrupar os artigos em quatro grandes categorias: Atitudes dos profissionais face ao CPP, Déficit de conhecimento sobre CPP/Formação, Oportunidades de referência para CPP e Benefícios da referência, conforme exposto na tabela infra (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise de Artigos por Categorias

Categorias	Artigos
• Atitudes dos profissionais face aos CPP/ crenças	- A3: <i>"Inpatient Pediatric Palliative Care Consult Requests and Recommendations"</i> - A4: <i>"Palliative care consultation in pediatric oncology"</i> - A6: <i>"Predictors of Intention to Refer to Pediatric Palliative or Hospice Care"</i> - A7: <i>"Predictors of Late Palliative Care Referral in Children with Cancer"</i> - A10: <i>"Specialist Pediatric Palliative Care Referral Practices in Pediatric Oncology: A Large 5-year Retrospective Audit"</i> - A11: <i>"Triggers for Palliative Care Referral in Pediatric Oncology"</i> - A12: <i>"Underlying barriers to referral to paediatric palliative care services: Knowledge and attitudes of health care professionals in a paediatric tertiary care centre in the United Kingdom"</i>
• Oportunidades de referenciação para CPP	- A1: <i>"Defining palliative opportunities in pediatric patients with bone and soft tissue sarcomas"</i> - A2: <i>"Does referral to specialist paediatric palliative care services reduce hospital admissions in oncology patients at the end of life?"</i> - A3: <i>"Inpatient Pediatric Palliative Care Consult Requests and Recommendations"</i> - A4: <i>"Palliative care consultation in pediatric oncology"</i> - A5: <i>"Patients requiring pediatric palliative care for advanced heart disease in France: A descriptive study"</i> - A6: <i>"Predictors of Intention to Refer to Pediatric Palliative or Hospice Care"</i> - A8: <i>"Prevalence of specialised palliative care consultation for eligible children within a paediatric cardiac ICU"</i> - A9: <i>"Screening Criteria Improve Access to Palliative Care in the PICU"</i> - A10: <i>"Specialist Pediatric Palliative Care Referral Practices in Pediatric Oncology: A Large 5-year Retrospective Audit"</i> - A11: <i>"Triggers for Palliative Care Referral in Pediatric Oncology"</i> - A12: <i>"Underlying barriers to referral to paediatric palliative care services: Knowledge and attitudes of health care professionals in a paediatric tertiary care centre in the United Kingdom"</i> - A13: <i>"When and why do neonatal and pediatric critical care physicians consult palliative care?"</i>
	- A3: <i>"Inpatient Pediatric Palliative Care Consult Requests and Recommendations"</i> - A6: <i>"Predictors of Intention to Refer to Pediatric Palliative or Hospice Care"</i>

• Conhecimento sobre CPP	- A8: “Prevalence of specialised palliative care consultation for eligible children within a paediatric cardiac ICU” - A10: “Specialist Pediatric Palliative Care Referral Practices in Pediatric Oncology: A Large 5-year Retrospective Audit” - A11: “Triggers for Palliative Care Referral in Pediatric Oncology” - A12: “Underlying barriers to referral to paediatric palliative care services: Knowledge and attitudes of health care professionals in a paediatric tertiary care centre in the United Kingdom” - A13: “When and why do neonatal and pediatric critical care physicians consult palliative care?”
---	---

No que concerne aos estudos analisados, 92,3% (12 estudos) reportam as oportunidades de referenciação da criança para os CPP, 53,8% (7 estudos) destacam o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os CPP, 46,1% (6 estudos) mencionam as atitudes e crenças dos profissionais face ao CPP e 46,1% (6 estudos) referem as oportunidades e benefícios para a referenciação da criança em CPP.

4. DISCUSSÃO

Com a RIL realizada pretendeu-se identificar produção científica relativa à temática da referenciação em CP, com a finalidade de definir intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na referenciação da criança em CP.

Assim para uma melhor compreensão dos resultados, organizamos a sua discussão pelas categorias previamente definidas.

- **Crenças e atitudes dos profissionais de saúde face aos CPP**

No que se refere à categoria Crenças e atitudes dos profissionais de saúde face aos CPP, Carter et al. (2021), Johnston & Vadeboncoeur (2012), Conner & Uddin (2016), Kaye et al. (2018), Ghoshal et al. (2016), Cuiello et al. (2021) e Twamley et al. (2013) demonstram que a associação negativa que os profissionais fazem entre CP e morte é um fator relevante para o atraso ou a não referenciação para CPP. Carter et al. (2021), salientam como barreiras para a referenciação precoce: a percepção dos profissionais de

saúde de que a família não se encontra preparada para reconhecer a doença como uma condição ameaçadora de vida, assim como o sentimento de que a família percebe o facto de se falar sobre CPP como desistir do doente. As características pessoais dos enfermeiros, o seu nível de conforto ao cuidar de crianças em fim de vida e a sua espiritualidade podem influenciar a intenção de referenciar, bem como o momento em que referenciam (Conner & Uddin, 2016; Cuiello et al., 2021).

A maioria das crianças em CPP são referenciados num estado avançado da doença, após várias tentativas de tratamento curativo, o que pode estar associada à relutância da família relativamente aos CPP e do facto dos profissionais de saúde sentirem que estão a desistir do doente (Ghoshal et al., 2016; Johnston & Vadeboncoeur, 2021; Cuiello et al., 2021). Os padrões de referenciação podem ser influenciados por vários fatores incluindo a prática individual do profissional de saúde e as definições pessoais de CPP (Cuiello et al., 2021).

Kaye et al. (2018) referem que identificar os atributos associados a um envolvimento tardio de CPP nos cuidados a crianças com cancro é o primeiro passo para o desenvolvimento de intervenções direcionadas a melhorar o acesso a CPP a todas as crianças/ jovens e famílias elegíveis para tal.

Conner & Uddin (2016) e Ghoshal et al. (2016) sugerem a importância da educação contínua dos profissionais de saúde como intervenção

para melhorar a atitude dos profissionais de saúde face aos CPP. Também Cuvillo et al. (2021), salientam que uma potencial solução para aumentar as referências das crianças em CPP passa pela implementação de um sistema informático de saúde de forma a remover o viés do profissional de saúde, a utilização de uma ferramenta de referência padronizada.

- **Oportunidades de referência para CPP**

No que diz respeito às oportunidades e benefícios da referência para CPP, a referência deve ser iniciada quando se reconhece a gravidade da doença e não no fim de vida (Ebelhar et al., 2020; Fraser et al., 2013; Carter et al., 2021; Johnston & Vadeboncoeur, 2012; La Fay et al., 2021; Conner & Uddin, 2016; Delgado-Corcoran et al., 2021; Lutmer et al., 2016; Ghoshal et al., 2016; Cuvillo et al., 2021). O diagnóstico de uma doença grave, com risco de vida, assume-se como um aspeto devastador tanto para a criança ou jovem como para a família e, por isso, os profissionais de saúde devem identificar e providenciar precocemente as oportunidades de referência para CPP (Justo da Silva et al., 2022; Ebelhar et al., 2020).

Existem inúmeras oportunidades de referência perdidas pelos enfermeiros, uma vez que referenciam tardiamente as crianças (Carter et al., 2021; Johnston & Vadeboncoeur, 2012; Kaye et al., 2018; Delgado-Corcoran et al., 2021; Ghoshal et al., 2016).

Referenciar a criança/jovem para CPP numa fase avançada do trajeto da doença limita a capacidade da equipa para criar uma ligação de longo prazo com a família durante toda a trajetória da doença, de forma a assegurar que os valores, desejos e o plano individual de cuidados são respeitados (Delgado-Corcoran et al., 2021). Para assegurar a prestação de CP de qualidade, é necessário incidir sobre os critérios de elegibilidade e formar os profissionais de saúde à cerca dos mesmos (Ebelhar et al., 2020; Carter et al., 2021; Johnston & Vadeboncoeur, 2012; Kaye et al.,

2018; Delgado-Corcoran et al., 2021; Ghoshal et al., 2016).

Delgado-Corcoran et al. (2021), Lutmer et al. (2016) e Cuvillo et al. (2021) defendem que existe potencial para aumentar as referências para CPP através da utilização de uma triagem padronizada, utilizando critérios pré-selecionados que automaticamente identificam as crianças e jovens. Esta estratégia é corroborada outros autores que salientam a importância da utilização de uma *checklist* para triar crianças com necessidades paliativas (Humphrey et al., 2019).

A avaliação e monitorização das necessidades paliativas com recurso a instrumentos, mais concretamente, escalas, validados para a população pediátrica, permite melhorar os serviços prestados, identificar e priorizar problemas e minimizar variações na identificação e avaliação das necessidades de cada criança (Harrop & Edwards 2013; Bernardo et al., 2016). A escala PaPaS (Paediatric Palliative Screening Scale) permite identificar as crianças/jovens que poderão beneficiar de CPP e desta forma, facilitar a sua referência (Bergstraesser et al., 2014).

- **Conhecimento sobre CPP**

Cuidar de crianças e jovens com doença crónica complexa, limitante ou ameaçadora de vida é uma tarefa desafiante, pelo que a formação e educação são indispensáveis para a tomada de decisão nos cuidados de saúde prestados.

Carter et al. (2021), Conner e Uddin (2016), Delgado-Corcoran et al. (2021), Ghoshal et al. (2016), Cuvillo et al. (2021), Twamley et al. (2013) e Richards et al. (2018) salientam que a formação dos profissionais de saúde, assim como o conforto que sentem em abordar assuntos relacionados com os CPP e a gestão de sintomas influenciam a referência.

Os padrões de referência são influenciados por vários fatores, incluindo as definições e conhecimentos pessoais de CPP (Cuvillo et al. (2021). Os profissionais de saúde nem sempre têm capacidade de explorar os desejos da família devido à sua

lacuna de conhecimento sobre CPP (Richards et al., 2018).

Torna-se desafiante quebrar este ciclo de baixo número de referências e variabilidade na referência, sugerindo-se a formação dos profissionais como uma estratégia de valorização e superação pessoal e profissional, com vista ao desenvolvimento de cuidados apropriados, que indubitavelmente se vão refletir na melhoria da qualidade de vida da criança/jovem com doença crónica complexa, limitante ou ameaçadora de vida, e da família (Richards et al., 2018; Cuvillo et al., 2021; Ghoshal et al., 2016; Delgado-Corcoran et al., 2021; Conner & Uddin, 2016).

- **Benefícios da referência para CPP**

No que diz respeito aos benefícios da referência para CPP, estão associadas a uma menor percentagem de admissões hospitalares, pelo que o seu encaminhamento precoce tem potenciais benefícios para a criança e família ao nível pessoal, social e económicos (Fraser et al., 2013). O envolvimento precoce das equipas de CPP pode ajudar as famílias a lidar com decisões complexas e evitar intervenções dispendiosas e uma melhoria da qualidade de vida da criança/jovem e respetiva família (La Fay et al., 2021).

O CPP tem melhores resultados quando integrado com os cuidados ativos com vista ao tratamento, desde o início da trajetória da doença (Delgado-Corcoran et al., 2021; Trowbridge et al., 2018; Keele et al., 2013).

Ghoshal et al. (2016) e Richards et al. (2018) referem que os doentes referenciados, obtêm mais apoios em fim de vida, uma vez que as equipas de CPP funcionam como pontes de comunicação entre as equipas médicas e as famílias, assim como ajudam a encontrar alternativas para ir de encontro dos seus desejos e necessidade.

5. CONCLUSÃO

A realização desta RIL evidenciou que a referência da criança/ jovem e família para

os CPP tende a não ocorrer ou a verificar-se numa fase avançada do processo da doença.

Os resultados encontrados salientam que a compreensão e consequente aplicação da filosofia de cuidados paliativos pelos profissionais de saúde, possibilita à criança/jovem e família a oportunidade de enfrentar a doença com maior qualidade de vida. A morte em Pediatria continua a ocorrer predominantemente em ambiente hospitalar e em contexto de grande agressividade terapêutica. Adicionalmente, muitos dos profissionais que trabalham na área de pediatria sentem-se pouco confortáveis no acompanhamento de crianças em situação de doença progressiva ou terminal e a sua formação nesta área é, ainda insuficiente.

Os CPP requerem uma abordagem holística, individualizada, proativa, sendo uma área especializada de cuidados, que coloca o seu foco de atenção na vida da criança/jovem e da sua família.

Este estudo surge assim, da necessidade de identificar o papel do enfermeiro especialista na referência da criança e família para cuidados paliativos. Desta forma, compreendemos que são vários os fatores que contribuem para uma referência tardia, nomeadamente as crenças e atitudes dos profissionais de saúde relativamente aos CPP, a ausência de conhecimento do que são efetivamente os CPP e do seu benefício, sendo por vezes perdidas oportunidades de referência.

Torna-se fundamental que o EESIP identifique estratégias de atuação que, por um lado, avaliem as crianças/jovens e respetivas famílias que beneficiariam de CPP e, por outro, estabeleçam programas de educação sobre CPP para os profissionais de saúde em pediatria, uma vez que a falta de formação destes constitui um fator limitante no desenvolvimento destes cuidados.

REFERÊNCIAS

Bergstraesser, E., Paul M., Rufibach K., Hain R., Held L. (2014) The Paediatric Palliative Screening Scale: Further validity testing. *Palliative Medicine*, Vol 28 (6) <https://doi.org/10.1177/026921631351288>

Bernardo A., Monteiro C., Simões C., Ferreira C., Pires C., Pinto C., Carvalho L., Capelas M.L., Alvarenga M., Sapeta P., Neves S., Pereira S. (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal: Posição da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*.

<http://www.apcp.com.pt/noticias/desenvolvimento-dos-cuidados-paliativos-em-portugal-posicao-da-apcp.html>

Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. A. & Macedo, M. (2011). *O Método da revisão integrativa nos Estudos Organizacionais*. Gestão e sociedade belo horizonte, 5 (11) p. 121–136.

Carter, K.; Raybin, J.; Ambroggio, L.; Frydenlund, M.; Thomas, J.; Squiers, K.; Brittan, M. (2021) Inpatient Pediatric Palliative Care Consult Requests and Recommendations. *Journal of Pediatric Health Care*, Vol. 36 (3) 248–255 <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.10.004>

Carter, K.; Raybin, J.; Ambroggio, L.; Frydenlund, M.; Thomas, J.; Squiers, K.; Brittan, M. (2021) Inpatient Pediatric Palliative Care Consult Requests and Recommendations. *Journal of Pediatric Health Care*, Vol. 36 (3) 248–255 <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.10.004>

Center for Advance Palliative Care (2019) *State Definition and Standards*. <https://www.capc.org/documents/download/133/>

Chambers, L. (2018). *Together for Short Lives: A Guide to Children's palliative care*. (4th ed.) Bristol, UK. Ed Anne Goldman

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biênio 2021–2022*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP2021_2022.pdf

Conner, N.; Uddin, N. (2016) Predictors of Intention to Refer to Pediatric Palliative or Hospice Care. *Sage Journals*, Vol. 33(7) <https://doi.org/10.1177/1049909115593062>

Cuvillo, A.; Yip, C.; Battles, H.; Wiener, L.; Boss, R. (2021) Triggers for Palliative Care Referral in Pediatric Oncology. *Cancers*, Vol. 13(6)

<https://doi.org/10.3390/cancers13061419>

Delgado-Corcoran, C., Bennett, E. E., Bodily, S. A., Wawrzynski, S. E., Green, D., Moore, D., Cook, L. J., & Olson, L. M. (2021). Prevalence of specialised palliative care consultation for eligible children within a paediatric cardiac ICU. *Cardiology in the young*, 31(9), 1458–1464. <https://doi.org/10.1017/S1047951121000433>

Ebelhar, J.; Allen, K.; DeGroot, N.; Wasilewski-Masker, K.; Brock, K. (2020) Defining palliative opportunities in pediatric patients with bone and soft tissue sarcomas. *Pediatric Blood & Cancer*, Vol. 67(10) <https://doi.org/10.1002/pbc.28363>

Forjaz de Lacerda, A., & Gomes, B. (2017). Trends in cause and place of death for children in Portugal (a European country with no Paediatric palliative care) during 1987–2011: a population-based study. *BMC pediatrics*, 17(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0970-1>

Forjaz de Lacerda, A. (2012). A importância de cuidados paliativos em Pediatria. *Acta Pediátrica — Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, Vol.43(5): 14–16 <https://doi.org/10.25754/pjp.2012.2644>

Fraser, L. K., van Laar, M., Miller, M., Aldridge, J., McKinney, P. A., Parslow, R. C., & Feltbower, R. G. (2013). Does referral to specialist paediatric palliative care services reduce hospital admissions in oncology patients at the end of life? *British journal of cancer*, 108(6), 1273–1279. <https://doi.org/10.1038/bjc.2013.89>

Ghoshal, A., Salins, N., Damani, A., Deodhar, J., & Muckaden, M. (2016). Specialist Pediatric Palliative Care Referral Practices in Pediatric Oncology: A Large 5-year Retrospective Audit. *Indian journal of palliative care*, 22(3), 266–273. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.185031>

Harrop, E., & Edwards, C. (2013). How and when to refer a child for specialist paediatric palliative care. *Archives of disease in*

- childhood. *Education and practice edition*, 98(6), 202–208.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2012-303325>
- Humphrey, L., Schlegel, A., Seabrook, R., & McClead, R. (2019). Trigger Criteria to Increase Appropriate Palliative Care Consultation in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatric quality & safety*, 4(1), e129.
<https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000129>
- Johnston, D. L., & Vadeboncoeur, C. (2012). Palliative care consultation in pediatric oncology. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(4), 799–803.
<https://doi.org/10.1007/s00520-011-1152-6>
- Justo da Silva, L., Ferrão, M. & Brites, M. (2022) Cuidados Paliativos Pediátricos- Percursos. By the Book
- Kaye, E. C., Jerkins, J., Gushue, C. A., DeMarsh, S., Sykes, A., Lu, Z., Snaman, J. M., Blazin, L., Johnson, L. M., Levine, D. R., Morrison, R. R., & Baker, J. N. (2018). Predictors of Late Palliative Care Referral in Children With Cancer. *Journal of pain and symptom management*, 55(6), 1550–1556.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.021>
- Keele, L., Keenan, H. T., Sheetz, J., & Bratton, S. L. (2013). Differences in characteristics of dying children who receive and do not receive palliative care. *Pediatrics*, 132(1), 72–78.
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-0470>
- La Fay, C.; Moine, P.; Blanc, L.; Abou Chahla, W.; Phan Hoang, N.; Vial.Cholloy, E.; Cojean, N.; Suc, A.; Saultier, P.; Aries, E.; Ovaert, C.; Revon-Rivière, G. (2021) Patients requiring pediatric palliative care for advanced heart disease in France: A descriptive study. *Archives de Pédiatrie*, Vol. 28 (7) 548–552
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2021.06.007>
- Lutmer, J. E., Humphrey, L., Kempton, T. M., Moore-Clingenpeel, M., & Ayad, O. (2016). Screening Criteria Improve Access to Palliative Care in the PICU. *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 17(8), e335–e342.
<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000048>
- Richards, C.; Starks, H.; O'Connor, M.; Bourget, E.; Lindhorst, T.; Hays, R.; Doorenbos, A. (2018) When and why do neonatal and pediatric critical care physicians consult palliative care? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. Vol. 35 (6)
<https://doi.org/10.1177/1049909117739853>
- Sousa, A.; Silva, L.; Paiva, E. (2019) Nursing Interventions in palliative care in Pediatric Oncology: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem* Vol. 72(2)
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0121>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista de Investigação de Enfermagem*, Maio 2018: 31–39.
<https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>
- Trowbridge, A., Walter, J. K., McConathey, E., Morrison, W., & Feudtner, C. (2018). Modes of Death Within a Children's Hospital. *Pediatrics*, 142(4), e20174182.
<https://doi.org/10.1542/peds.2017-4182>
- Twamley, K., Craig, F., Kelly, P., Hollowell, D. R., Mendoza, P., & Bluebond-Langner, M. (2014). Underlying barriers to referral to paediatric palliative care services: knowledge and attitudes of health care professionals in a paediatric tertiary care centre in the United Kingdom. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, 18(1), 19–30.
<https://doi.org/10.1177/1367493512468363>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Palliative Care Definition (cancer)*.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Adolescent mental health*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.



ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLE DA DOR CRÓNICA EM ADOLESCENTES

NONPHARMACOLOGICAL STRATEGIES IN THE CONTROL OF CHRONIC PAIN IN ADOLESCENTS

[10.29073/jim.v4i1.742](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.742)

Receção: 29/04/2023 Aprovação: 03/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Sofia Cruz ^a; Goreti Marques ^b; Sofia Silva ^c; Rita Fernandes ^d; Olívia Barcelos ^e;
^a Escola Superior de Saúde de Santa Maria; 20140026@santamariasaude.edu.pt; ^b Escola Superior de Saúde de Santa Maria; goreti.marques@santamariasaude.pt; ^c Escola Superior de Saúde de Santa Maria; sofia.silva@santamariasaude.pt; ^d Escola Superior de Saúde de Santa Maria; rita.fernandes@santamariasaude.pt; ^e Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; olivia.barcelos@santamariasaude.pt;

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de uma doença crónica tem um profundo impacto na vida do adolescente e da sua família. A dor está muitas vezes associada à doença e/ou a procedimentos inerentes a toda a sua trajetória. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve assumir a dor do adolescente como um foco importante de atenção, adotando todas as estratégias para a sua prevenção e controle.

Objetivos: Identificar produção científica relativa às estratégias não farmacológicas no controle da dor crónica em adolescentes.

Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura efetuada nas bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina, disponíveis no motor de busca EBSCO, publicados entre 2012 e 2022. A seleção e análise de relevância dos artigos foi efetuada pelos revisores de forma independente.

Resultados: Dos 364 artigos iniciais foram selecionados 8 artigos, segundo critérios previamente definidos. Constatou-se que, as estratégias do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica são essencialmente dirigidas aos adolescentes e pais, no contexto domiciliário e com recurso a tecnologias. São ainda apresentadas estratégias focadas no adolescente em contexto clínico e reforçada a influência de suporte externo, através de *coach online*.

Conclusão: É fundamental investir na formação dos profissionais, sensibilizando-os para a implementação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor crónica no adolescente, assim como a necessidade de adequação das estratégias às novas tecnologias.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Dor; Adolescente; Estratégias Não Farmacológicas.

ABSTRACT

Introduction: The diagnosis of a chronic disease has a profound impact on the life of adolescents and family. Pain is often associated with the disease and/or procedures inherent to the entire trajectory of the disease. The Nurse Specialist in Child and Pediatric Health should assume the adolescent's pain as an important focus of care, adopting all strategies for its prevention and control.

Objectives: To identify scientific production related to non-pharmacological strategies in the control of chronic pain in adolescents.

Methodology: Integrative Literature Review carried out in the databases: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews and MedicLatina, available search engine EBSCO, published between 2012 and 2022. The selection and analysis of relevance of the articles was carried out by the reviewers independently.

Results: Of the 364 initial articles, 8 articles were selected according to previously defined criteria. It was found that the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health strategies are mainly directed to adolescents and parents, in the home context and using technologies. Strategies focused on adolescents in a clinical context are also presented and the influence of external support is reinforced through online coach.

Conclusion: It is essential to invest in the training of professionals, sensitizing them to the implementation of non-pharmacological strategies in the relief of chronic pain in adolescents, as well as the need to adapt interventions to new technologies.

Keywords: Nurse Specialist in Child and Pediatric Health; Pain; Adolescent; Non-Pharmacological Strategies.

1. INTRODUÇÃO

O diagnóstico de uma doença crónica tem um profundo impacto na vida do adolescente e da sua família. A entrada na adolescência traz enormes desafios, nomeadamente a interiorização do conceito de doença, que é compreendida como uma alteração interna. O conhecimento relativo à normal fisiologia e ao mecanismo da doença, são fundamentais para a garantia de cuidados adequados (Turke et al., 2019). Considerando as especificidades da adolescência, é bastante comum a tendência para negar a dor perante os seus pares, ou exibir um comportamento regressivo na presença de familiares (Silva et al., 2022).

A dor é considerada como o 5.º sinal vital e está muitas vezes associada à doença e/ou a procedimentos inerentes a toda a sua trajetória. A dor crónica carece de cuidados de enfermagem que atuem não só no seu alívio e impacto no quotidiano, como também de forma preventiva (Batalha & Sousa, 2018). Assim, a abordagem ao adolescente deve ter como objetivos principais: reconhecer os problemas físicos, psicológicos ou sociais, determinar o seu grau de desenvolvimento biopsicossocial, adequar o diálogo de forma a estabelecer uma relação terapêutica, conduzindo a opções responsáveis de estilos de vida, e identificar e resolver os problemas atuais e prevenir futuros através de cuidados antecipatórios (Fonseca, 2017).

As estratégias não farmacológicas no controlo da dor auxiliam o adolescente a lidar com a mesma, assim como com a ansiedade e o medo, sendo planeadas no sentido do autocontrolo (Silva et al., 2018). Tendo por base a premissa e enfoque no tratamento da dor e na sua prevenção, existem atualmente vários recursos disponíveis para a implementação de estratégias não farmacológicas. Estes dependem, no entanto, de vários fatores, nomeadamente dos recursos existentes nos serviços, da

sensibilidade do adolescente à dor, do seu estágio de desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping adotadas face à doença, do tipo de dor, do contexto e das suas características (Silva et al., 2018).

A dor crónica é definida como uma dor que perdura por mais de três meses. Sendo o controlo da mesma reconhecido como um direito, mas ainda considerado como uma meta a alcançar (Aguir et al., 2021). Esta interfere com o bem-estar não só do adolescente, mas consequentemente da sua família e da sociedade, trazendo implicações nas suas atividades de vida diária, no seu desempenho escolar, qualidade do sono, nível físico, emocional e social, podendo associar-se a ansiedade e depressão (Silva et al., 2022).

A fase da adolescência gera enormes desafios, nomeadamente a interiorização do conceito de doença, que é compreendida como uma alteração interna. A aquisição de conceitos sobre a fisiologia normal e o mecanismo da doença se não forem corretamente adquiridos podem estar desadequados da realidade potenciando comportamentos de ansiedade (Faria et al., 2020). Tendo em conta as particularidades dos adolescentes é bastante comum a tendência para negar a dor na presença dos seus pares e a exibir um comportamento regressivo na presença de familiares (Silva et al., 2022).

A abordagem terapêutica da dor crónica deve envolver o adolescente, a família e o seu meio envolvente, recorrendo a estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) deve assumir a dor do adolescente como um foco importante de atenção, adotando estratégias para a sua prevenção e controlo. Assim, considerou-se pertinente a realização desta Revisão Integrativa da Literatura (RIL) cujo objetivo é identificar a produção científica relativa às

estratégias não farmacológicas no controle da dor crónica em adolescentes.

2. METODOLOGIA

Foi efetuada uma RIL que possibilitou uma pesquisa extensiva da literatura, através de uma avaliação crítica e da síntese das evidências disponíveis, por forma a fornecer uma compreensão mais ampliada do fenómeno em estudo (Sousa et al., 2017). Para a elaboração da RIL, foram implementadas as seguintes seis fases, preconizadas por Mendes (2008): identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A formulação da questão norteadora de investigação teve por base a mnemónica PICO — (População, Intervenção, Comparação e Outcome), em que P (Adolescentes), I (Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica), C (Não se aplica) e O (Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor crónica), resultando na seguinte questão: “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediátrica na implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor crónica, em adolescentes?”.

Como critérios de inclusão foram definidos: artigos publicados sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor crónica, artigos sobre estratégias cognitivas e comportamentais, estudos relativos a adolescentes dos 12–18 anos, publicados em português, espanhol e inglês e nos últimos 10 anos (2012–2022). Foram definidos como critérios de exclusão: artigos não relacionados com a dor crónica, relativos a crianças dos 0 aos 11 anos, artigos em outros idiomas que não o português, espanhol e inglês, publicações anteriores a 2012, e estudos secundários.

Após a definição da questão de investigação, a pesquisa organizou-se em três etapas. A primeira consistiu na pesquisa em bases de dados (CINAHL Complete; MEDLINE

Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina). Após utilizados os descritores encontrados na Medical Subject Headings (MESH), obteve-se a seguinte frase booleana: (adolescent) AND (pediatrics OR pediatric nursing OR Pediatric Nurse Practitioners) AND Pain management AND Chronic pain. Na fase seguinte procedeu-se à pesquisa, que decorreu durante o mês de junho de 2022.

Os resultados obtidos em cada uma das bases de dados foram exportados para um gerenciador de referências. As referências duplicadas foram excluídas. Procedeu-se de seguida, à análise e seleção dos estudos. Dois investigadores, de forma independente, analisaram os estudos por título, resumo e texto integral, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Em caso de divergências entre os investigadores, estas foram resolvidas por um terceiro investigador, responsável por decidir a inclusão ou não do estudo em questão.

Para a extração dos dados foi elaborado um instrumento com o objetivo de registar as principais características dos estudos, bem como as principais evidências encontradas. Assim, este englobava os seguintes tópicos: título, autor, ano e local de publicação, objetivos, método do estudo, população, contexto, intervenção, principais resultados e conclusões. Os dados obtidos foram apresentados em quadros e refletidos, agrupando-os em categorias conceituais.

Tendo como objetivo a qualidade da produção desta RIL, a mesma teve como base a *checklist* PRISMA (Tricco et al., 2018).

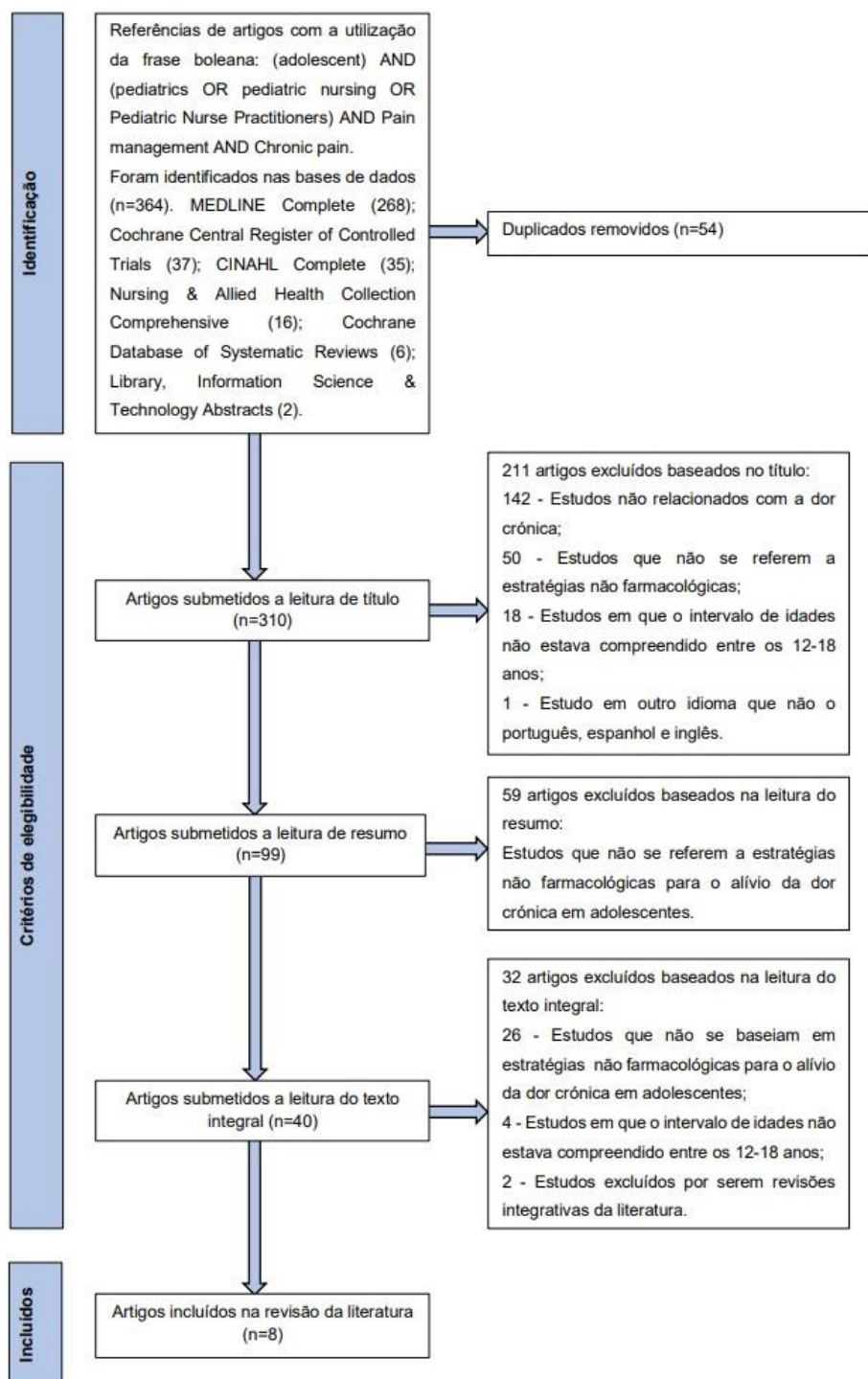
3. RESULTADOS

A pesquisa efetuada permitiu identificar um total de 364 artigos, após terem sido aplicados os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos para o estudo. Do número total de artigos, 268 têm origem na MEDLINE Complete, 37 na Cochrane Central Register of Controlled Trials, 35 na CINAHL Complete, 16 na Nursing Allied Health Collection, e os restantes distribuídos pelas restantes bases de dados, conforme consta no

Fluxograma PRISMA (Fig. 1). Inicialmente foram removidos 54 artigos duplicados, ficando um total de 310 artigos para análise por leitura de título. Após a mesma, foram excluídos 211 artigos por não se enquadrarem nos critérios de pesquisa definidos. Procedeu-

se posteriormente à leitura dos resumos de cada um dos 99 artigos selecionados, tendo sido excluídos 59 artigos. Procedeu-se de seguida à leitura minuciosa do texto integral de 40 artigos, excluindo-se 32 e obtendo o número final de 8 artigos.

Figura 22 – Fluxograma PRISMA



Os oito artigos finais que integram o estudo divergem no ano de publicação. Sendo que apenas um é referente a 2012, e todos os

restantes foram publicados entre 2018 e 2022, o que pode indicar uma maior relevância atribuída ao estudo da temática nos últimos

anos. Para dar resposta à questão de investigação previamente definida, “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediátrica na implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio

da dor crónica, em adolescentes?”, foi feita uma análise dos resultados dos artigos tendo emergidos três categorias, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos Artigos

Categorias	Artigos	Autores
<i>I Estratégias dirigidas aos adolescentes com dor crónica, em ambiente clínico</i>	A8	(Sil et al., 2020)
<i>II Estratégias dirigidas aos adolescentes com dor crónica e seus pais, com recurso ao uso da tecnologia em ambiente doméstico</i>	A1 A4 A5 A6 A7	(Shaygan & Jaber, 2021) (Palermo et al., 2018a) (Palermo et al., 2018b) Palermo et al., 2020) Coakley et al., 2017)
<i>III A influência de um suporte externo (coach online)</i>	A2 A3	(Law et al., 2012) (Palermo et al., 2016)

Assim, dos oito artigos incluídos no estudo, constatou-se que as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor crónica, realizados pelo EESIP, podem ser dirigidas aos adolescentes e pais em contexto clínico, em contexto domiciliário e com recurso ao uso de tecnologias. São ainda apresentadas estratégias focadas no adolescente em contexto clínico e reforçada a influência de suporte externo, através de *coach online*.

4. DISCUSSÃO

Com a presente RIL pretendeu-se identificar a produção científica relativa às estratégias não farmacológicas no controle da dor crónica em adolescentes, e propor a sua implementação pelo EESIP.

No sentido de dar resposta a este objetivo, foram selecionados oito artigos. A partir da análise e categorização dos artigos identificados foi possível identificar estratégias dirigidas aos adolescentes com dor crónica, em ambiente clínico, estratégias dirigidas aos adolescentes com dor crónica e seus pais, com recurso ao uso da tecnologia em ambiente doméstico, e estratégias com recurso ao suporte externo (*coach online*). Torna-se fundamental o ensino de estratégias orientadas para os adolescentes

com dor crónica, de forma a potenciar o seu envolvimento nas atividades de vida diárias (Sil et al., 2020).

Estas devem incluir estratégias de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em ambiente clínico, nomeadamente educação sobre a dor, estratégias comportamentais e de relaxamento, estimulação de atividades, técnicas de reestruturação cognitiva e hábitos de vida saudáveis. De acordo com os autores supramencionados, as estratégias cognitivo-comportamentais em ambiente clínico fazem parte do cuidado humanizado na gestão da dor crónica e contribuem para uma redução significativa na utilização de cuidados de saúde ao longo do tempo (redução nas admissões e tempo de permanência no hospital), em comparação com jovens em que não foram aplicadas este tipo de estratégias. As TCC demonstram assim ser eficazes na abordagem não farmacológica para o tratamento da dor em adolescentes com doenças crónicas (Sil et al., 2020). Neste sentido, o EESIP deve procurar estabelecer uma relação com o adolescente, em contexto hospitalar, assumindo uma postura permanente de empowerment, com o intuito de identificar as suas necessidades de saúde específicas (Fonseca, 2017).

A abordagem do adolescente com dor crónica é tida como um grande desafio para os EESIP, dadas as especificidades próprias da adolescência. A família desempenha um papel primordial no controle da dor, devendo ser envolvida no planeamento do tratamento. Todas as informações/ensinos facultados aos pais são fundamentais para complementar e detalhar a história clínica da dor do adolescente (Silva et al., 2022).

As estratégias fornecidas através de recursos como a internet são eficazes, permitem intervir ao nível comportamental nos adolescentes com dor crónica e nas suas famílias, sendo ainda uma estratégia promissora na medida em que melhoram o acesso aos cuidados de saúde (Scopel et al., 2021).

Atualmente, existe um interesse crescente na implementação de estratégias com recurso ao uso de tecnologias/ ferramentas digitais, como aplicações para telemóvel, vídeos, websites, pelo fácil acesso e utilização intuitiva, uma vez que as tecnologias fazem parte da vida dos adolescentes os (Shaygan & Jaberri 2021; Palermo et al. 2018a; Palermo et al. 2018b; Palermo et al. 2020; Dourado et al., 2021). A utilização de aplicativos para smartphones, como recurso no controlo da dor, aumentam a adesão e satisfação dos adolescentes com dor crónica, bem como o próprio controlo da dor e qualidade de vida (Shaygan & Jaberri, 2021).

A dor é uma característica comum em doenças crónicas e raramente é tratada de forma otimizada (Palermo et al., 2018a). Nestes casos, a primeira linha de tratamento passa pelo recurso a opioides, sendo que as estratégias farmacológicas implementadas de forma isolada não são eficazes na redução da dor ou nas consequências psicossociais associadas aos adolescentes. Com base neste pressuposto, Palermo et al. (2018a) sugerem um programa online para adolescentes e pais, com estratégias cognitivas e comportamentais, nomeadamente ao nível da educação sobre dor, relaxamento, distração, estilos de vida saudáveis, e com estratégias para modificar a resposta dos pais à dor, promovendo comportamentos adaptativos por parte dos seus filhos.

O suporte humano — coach online — para controlo da dor crónica em adolescentes e suas famílias é o outro fator importante. Baseia-se em folhetos instrutivos, animações interativas, questionários, clipes de áudio com exercícios de relaxamento e videoclipes de modelos de pares (Law et al. 2012; Palermo et al. 2016). Os adolescentes são instruídos a completar uma tarefa comportamental focada na prática das habilidades aprendidas. Sempre que completam a tarefa, recebem uma mensagem personalizada do seu coach online, orientando para tarefa seguinte, garantindo assim que todas são concluídas, e que são atingidos resultados no tratamento e controlo da dor (Law et al., 2012).

De forma a complementar a pesquisa supracitada, os autores comparam duas situações distintas de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor em adolescente com dor crónica e seus pais: a educação e a TCC, ambas com recurso à internet. De acordo com Palermo et al. (2016), os adolescentes que recebem TCC pela Internet, mencionaram apresentam efeitos significativos na redução da depressão e em sintomas de ansiedade relacionados com a dor, e melhorias na qualidade do sono. Conclui-se assim, que a TCC realizada pela Internet, produz vários efeitos benéficos no controlo da dor crónica em adolescentes e família, nomeadamente ao nível do controlo da ansiedade e da qualidade do sono no adolescente com dor crónica (Palermo et al., 2016). O papel do coach online será facilitar a adaptação, dar feedback, tendo como principal objetivo personalizar a resposta a tarefas comportamentais submetidas pelos adolescentes e seus pais. Ao receber cada tarefa comportamental, o coach online envia uma mensagem personalizada com um resumo do progresso do adolescente face ao controlo da dor, incentiva a sua prática contínua e promove auxílio na resolução de problemas em torno de qualquer barreira de tratamento identificada pelo adolescente (Law et al., 2012). Os adolescentes e pais podem ainda trocar mensagens com o coach online a qualquer momento para esclarecimento de dúvida ou partilha de dificuldades sentidas,

fomentando a responsabilidade, confiança, e estabelecimento de uma relação terapêutica.

5. CONCLUSÃO

Os resultados desta RIL reforçam a importância das estratégias não farmacológicas no controlo da dor crónica em adolescentes, destacando-se as cognitivo-comportamentais como sendo eficazes, quando aplicadas a esta faixa etária.

Neste estudo ficou ainda evidente o contributo da tecnologia para melhorar a resposta no controlo dor por parte dos Enfermeiros. Deste modo, é essencial que o EESIP garanta que os equipamentos tecnológicos não reduzam a relação terapêutica entre o enfermeiro, a criança e a família, estabelecendo os seus limites de utilização com clareza e consciência.

O EESIP deve possuir conhecimentos sobre as estratégias não farmacológicas passíveis de serem implementadas nos diferentes contextos, para o controlo e alívio da dor crónica, sempre numa abordagem e perspetiva individualizada e personalizada à criança/jovem e família. A implementação destas estratégias deve ter por base a melhor evidência e a formação de profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, D., Souza, C., Barbosa, W., Júnior, F. & Oliveira, A. (2021). Prevalência de dor crónica no Brasil: revisão sistemática. *Brazilian Journal of Pain*, 4(3), 257–267. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>
- Batalha, L. & Sousa, A. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 14–24. <https://doi.org/10.12707/RIV18002>
- Coakley, R., Wihak, T., Kossowsky, J., Iversen, C. & Donado, C. (2017). The Comfort Ability Pain Management Workshop: A Preliminary, Nonrandomized Investigation of a Brief, Cognitive, Biobehavioral, and Parent Training Intervention for Pediatric Chronic Pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(3), 252–265. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx112>
- Dourado, J., Arruda, L., Ponte, K., Silva, M., Ferreira, J. & Aguiar, F. (2021). Tecnologias para a educação em saúde com adolescentes: revisão integrativa. *Av Enfermagem*, 39(2), 235–254. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.85639>
- Faria, D., Souza, E., Belo, V. & Botti, N. (2020). Dor física e desesperança em adolescentes escolares. *Brazilian Journal of Pain*, 3(4), 354–358. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200196>
- Fonseca, P. (2017). Adolescência. In Oliveira, G., & Saraiva, J. (coord.), *Lições de Pediatria* (cap. 14). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://digitalis-dsp.uc.pt/handle/10316.2/43101>
- Law, E., Murphy, L. & Palermo, T. (2012). Evaluating Treatment Participation in an Internet-Based Behavioral Intervention for Pediatric Chronic Pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(8), 893–903. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss057>
- Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 17(4), 758–64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Palermo, T., Law, E., Fales, J., Bromberg, M., Fiddich, T. & Tai, G. (2016). Internet-delivered cognitive-behavioral treatment for adolescents with chronic pain and their parents: a randomized controlled multicenter trial. *The Journal of the International Association for the Study Pain*, 157(1), 174–187. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000348>
- Palermo, T., Dudeney, J., Santanelli, J., Carletti, A. & Zempsky, W. (2018a). Feasibility and acceptability of internet-delivered cognitive behavioral therapy for chronic pain in adolescents with sickle cell disease and their parents. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 40(2), 122–127. <http://doi.org/10.1097/MPH.00000000000001018>
- Palermo, T., Zempsky, W., Dampier, C., Lalloo, C., Hundert, A., Murphy, L., Bakshi, N. &

Stinson, J. (2018b). iCanCope with Sickle Cell Pain: Design of a randomized controlled trial of a smartphone and web-based pain self management program for youth with sickle cell disease. *Journal Elsevier*, 74(1), 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.10.006>

Palermo, T., Vega, R., Murray, C., Law, E. & Zhou, C. (2020). A digital health psychological intervention (WebMAP Mobile) for children and adolescents with chronic pain: results of a hybrid effectiveness—implementation stepped-wedge cluster randomized trial. *The Journal of the International Association for the Study Pain*, 161(12), 2763–2774. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001994>

Scopel, M., Sehnrm, G., Dallabrida, G., Monteiro, A., Machado, A., Paula, F., Cogo, S. & Neves, E. (2021). *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(4) 1–10. <https://doi.org/10.25248/reas.e6858.2021>

Shaygan, M. & Jaber. A. (2021). The effect of a smartphone-based pain management application on pain intensity and quality of life in adolescents with chronic pain. *Nature Portfolio – Scientific reports*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-86156-8>

Sil, S., Lai, k., Lee, J., Marchak, J., Thompson, B., Cohen, L., Lane, P. & Dampier, C. (2020). Preliminary evaluation of the clinical implementation of cognitive-behavioral therapy for chronic pain management in pediatric sickle cell disease. *Journal Elsevier*, 49(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102348>

Silva, C., Oliveira, D., Pestana-Santosc, M., Portugal, F. & Capelo, P. (2022). Dor crónica

não oncológica no adolescente: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 72(5), 648–656. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.04.033>

Silva, T., Silva, L., Ferreira, M., Silva, I., Rodrigues, B. & Leite, J. (2018). Aspetos contextuais sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança com dor oncológica crónica. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 27(3), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003400017>

Sousa, L., Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017). A metodologia da revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17–26.

Tricco, A., Lilie, E., Zarin, W., Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garrity, C., Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Turke, K., Saraiva, D., Lantieri, C., Ferreira, J. & Chagas, A. (2019). Fatores de risco cardiovasculares: o diagnóstico e prevenção devem iniciar nas crianças e adolescentes. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 29(1), 25–27. <http://dx.doi.org/10.29381/01038559/2019290125-7>

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

JIM

JORNAL DE INVESTIGAÇÃO MÉDICA



e³ | Revista de Economia
Empresas e
Empreendedores
na CPLP



J²
Jornal Jurídico

JIM
Jornal de Investigação Médica

RAE
REVISTA DE ATIVOS DE ENGENHARIA

REM
REVISTA DE ESTUDOS DO MAR