



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº 16 SÉRIE 2 - AGOSTO 2016

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

7

IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM NA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA CUIDAR DA PESSOA COM FERIDAS

HOPE IN ONCOLOGIC PATIENTS. CONTRIBUTIONS OF NURSES

LA ESPERANZA EN LOS PACIENTES CON CÁNCER. LAS CONTRIBUCIONES DE LAS ENFERMERAS

Luísa Teixeira Santos; Inês Ângelo Fernandes; Ângela Xavier; José Carlos Santos

9

A ESPERANÇA EM DOENTES ONCOLÓGICOS. CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO

STUDENTS' STRESS IN NURSING PRACTICAL CLASSES: AN EXPLORATORY STUDY

EL ESTRÉS EN LOS ESTUDIANTES EN LAS CLASES PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Isabel Maria Batista Araújo

23

A INTERVENÇÃO HUMOR EM ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE ORTOPEDIA: ESTRATÉGIAS E BENEFÍCIOS

THE HUMOR INTERVENTION IN NURSING AT AN ORTHOPEDIC WARD: STRATEGIES AND BENEFITS

LA INTERVENCIÓN HUMOR EN ENFERMERIA: ESTRATEGIAS Y BENEFÍCIOS EN ORTOPEdia

Carla Filipa Múrias dos Santos; Luís Manuel Mota de Sousa; Maria Leonor Carvalho; Sandy Silva Pedro Severino; Helena Maria Guerreiro José

36

QUESTIONÁRIO “CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO”: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES ON UNIVERSAL PRECAUTIONS OF INFECTION CONTROL SURVEY: CONSTRUCTION AND VALIDATION

CUESTIONARIO “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PRECAUCIONES UNIVERSALES DE CONTROL DE INFECCIONES”: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN

TERESA BORGES; BEATRIZ ARAÚJO; JOÃO COSTA AMADO

45

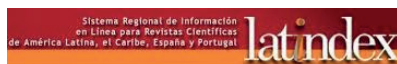
QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

QUALITY OF LIFE OF A PERSON WITH DIABETES MELLITUS – AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA CON LA DIABETES MELLITUS – UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

ANDREIA CRUZ SOUSA; CÁTIA FILIPA FERREIRA PINHEIRO; HELLEN CAROLINE LOVISI BRANDÃO; TONY PINHEIRO DUARTE; ROSA CRISTINA CORREIA LOPES

55



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Lúis Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada);

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWES

Aida Cruz Mendes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Arménio Guardado Cruz, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Célia Samarina Vilaça Brito Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

Élvio Henrique de Jesus, PhD, *Centro Hospitalar do Funchal*

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS.*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Marta Lima Basto, PhD, *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem*

Paulino Artur Ferreira de Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Pedro Miguel Dinis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Teresa Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Propriedade e Administração/Ownership

Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Internet - www.sinaisvitais.pt/ E-mail - suporte@sinaisvitais.pt

Grafismo/Graphic Design - Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

1 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é uma publicação periódica trimestral, vocacionada para a divulgação da investigação em Enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

2 - A *Revista Investigação em Enfermagem* destina-se aos enfermeiros e de uma forma geral a todos os que se interessam por temas de investigação na saúde.

3 - A *Revista Investigação em Enfermagem* tem uma ficha técnica constituída por um director e um Conselho Científico, que zelam pela qualidade, rigor científico e respeito por princípios éticos e deontológicos.

4 - A *Revista Investigação em Enfermagem* publica sínteses de investigação e artigos sobre teoria de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação da revista e cuja pertinência e rigor científico tenham o reconhecimento do corpo de revisores científicos (*peer reviews*) constituídos em Conselho Científico.

5 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é propriedade da Formasau - Formação e Saúde, Lda, entidade que nomeia o director. O Conselho Editorial é composto pelo director e por outros enfermeiros de reconhecido mérito, competindo-lhes a definição e acompanhamento das linhas editoriais.

EDITORIAL



Todos sabemos, que a sobrevivência das empresas/organizações continua ainda ligada à ideia de “as pessoas certas nos lugares certos”. Hoje com uma dupla exigência: em primeiro, a eficiência e, em segundo, porque é maior a pressão e volatilidade do mercado.

Das escolas e das universidades espera-se que delas saiam peritos, técnicos investigadores com capacidade de inovação, conscientes dos reais problemas das organizações onde trabalham ou irão trabalhar. Em relação ao ensino exige-se uma nova tecnologia educativa, com uma nova dinâmica de organização dos recursos humanos, materiais e financeiros, com novos conceitos e métodos. É assim possível a aquisição de novas aptidões e competências, com a transformação do atual nível de conhecimento empírico, em conhecimento científico, dentro e fora das escolas e universidades.

Por estas e por outras razões, o conceito de competência tem sido abordado em muitos discursos, nas mais variadas áreas do saber. Salientamos a produção teórica sobre competências realizada no mundo do trabalho e das organizações que é já de enorme importância, surgindo, cada vez mais, no discurso dos educadores e formadores, pela necessidade de promover uma maior adequação e ligação entre dois mundos: a escola e o trabalho.

A preocupação com a competência aumenta à medida que o trabalho se torna mais exigente e menos prescritivo. O panorama internacional da segunda metade do século XX conheceu alterações profundas, podendo dizer-se que o futuro deixou de ser uma projeção mais ou menos linear do passado; que o taylorismo foi substituído pelo learning e que os sistemas são cada vez mais encarados numa ótica biológica e menos numa ótica física. Nos últimos cinquenta anos, o contexto económico evoluiu de uma economia centrada na produção para uma outra, mais exigente, centrada no fator mercado. Quando a procura era superior à oferta, as organizações necessitavam, apenas e sobretudo, de saber e poder produzir. As estruturas organizacionais de tipo piramidal e com forte pendor taylorista dependiam de forças humanas numerosas e disciplinadas. Em contrapartida, no novo tipo de economia, centrada no mercado, a procura é cada vez mais exigente em questões de preços e de qualidade e manifestamente inferior à oferta, tendo, por isso, as organizações necessidade de ver desenvolvidas e a trabalhar em conjunto todas as suas funções.

A par da evolução dos meios tecnológicos disponibilizados para as atividades produtivas, o crescimento da qualidade dos recursos humanos utilizados tornou-se um fator estratégico elementar, sem o qual a tecnologia não renderá o que dela se espera, nem a competitividade melhorará. O homem deixa de ser encarado apenas como um prestador de esforço físico e passa a assumir importância como ser pensador. Os gestores não podem aceitar que se desperdice a capacidade dos trabalhadores para fazerem avançar novas soluções. Perde assim a chamada Organização Científica do Trabalho, assente nas investigações de Taylor, onde é conhecida a indeterminável repetição de tarefas.

Não obstante a possibilidade de interpretar a competência de várias maneiras, percebe-se pela literatura a existência de duas grandes correntes teóricas. A primeira, representada por autores norte-americanos, que entende a competência como um conjunto de qualificações ou características subjacentes à pessoa, que lhe permitem realizar determinado trabalho ou lidar com determinada situação. A segunda, representada principalmente por autores franceses, associa a competência não a um conjunto de atributos da pessoa, mas àquilo que o indivíduo produz ou realiza no trabalho. A competência constitui, portanto, um conceito nebuloso, que pode ser analisado sob diferentes maneiras e, por isso, sujeito a ambiguidades.

Na nossa perspectiva, a competência é a capacidade de decidir para solucionar problemas, de exercer a sua profissão em diferentes situações, de desempenhar o seu papel social a partir de conhecimentos, experiências, valores e atitudes, de saber aplicar os conhecimentos num contexto específico. Por outras palavras, a competência não se deve restringir a um simples saber-fazer, para que não resulte numa prática automatizada, que exclua a subjetividade, a reflexão e a criatividade de cada um. Ao contrário, a competência deve fazer uso habitual e criterioso da comunicação, do conhecimento, das habilidades técnicas, do raciocínio clínico, das emoções, dos valores e da capacidade de refletir sobre a prática para benefício pessoal e da coletividade.

A competência não é uma moda. É uma inevitabilidade!

Luís M. Oliveira

Elemento do Conselho Editorial da RIE

IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM NA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA CUIDAR DA PESSOA COM FERIDAS

Luís António Rodrigues Paiva⁽¹⁾; Rogério Manuel Clemente Rodrigues⁽²⁾; Corália Maria Fortuna de Brito Vicente⁽³⁾



Resumo

Na área do tratamento de feridas os enfermeiros devem deter competências que lhes permitam oferecer cuidados adequados a cada situação. A avaliação correta das feridas e a tomada de decisão é essencial e a formação inicial deveria permitir a aquisição de conhecimentos que (em função de um diagnóstico preciso) proporcionasse intervenções mais apropriadas, trazendo mais-valias para doentes, serviços de saúde e sociedade em geral.

Esta é uma problemática atual, discutida pela comunidade científica e nos últimos anos, estudos quer nacionais quer internacionais, têm verificado lacunas nos currículos escolares constatando-se que a formação inicial é insuficiente e não promove as competências exigidas a este nível, sendo necessário colmatá-las, posteriormente, com formação contínua ou com outros níveis de formação.

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo com a aplicação de um questionário construído para o efeito, a todos os estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, do ano letivo 2013/2014, pretendendo-se perceber como é que percebem a sua aprendizagem na área do tratamento de feridas e de que forma valorizam os conteúdos que são apreendidos em sala de aula e em ensino clínico. Conclui-se ser necessário melhorar a formação aumentando carga horária e adequando conteúdos programático

PALAVRAS-CHAVE: Ensino; educação em enfermagem; lesões e ferimentos

Abstract

IMPORTANCE OF INITIAL TRAINING IN NURSING IN THE ACQUISITION OF KNOWLEDGE AND SKILLS TO CARE FOR THE PERSON WITH WOUNDS

In the area of the wound care, nurses must have specific skills to provide situation-appropriate care. Correct wound assessment and decision-making are essential, and initial training should enable the acquisition of knowledge (with a view to a more accurate diagnosis) to provide more appropriate interventions, translating into gains for patients, health services and society in general.

Although this is a current issue among the scientific community, over the last few years, national and international studies have found gaps in academic curricula, showing that initial training is not providing students with the skills required at this level. These gaps need to be further addressed with lifelong training or other levels of education.

An exploratory-descriptive study was conducted with the purpose of understanding how students perceive the knowledge acquired in the area of wound care and the contents taught in the classroom and in their internships. A questionnaire built for this purpose was applied to all fourth-year students of the Bachelor's Degree in Nursing of the Nursing School of Coimbra in the academic year 2013/2014. We concluded that training should be improved by increasing the workload and adjusting the syllabus.

KEYWORDS: Teaching; nursing education; injuries and wounds

Resumen

IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN INICIAL EN LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y COMPETENCIAS PARA CUIDAR DE LA PERSONA CON HERIDAS

En el área del tratamiento de heridas, los enfermeros deben tener competencias que les permitan proporcionar la atención adecuada en cada situación. La evaluación correcta de las heridas y la toma de decisiones es esencial. Además, la formación inicial debería permitir la adquisición de conocimientos que (con base en un diagnóstico preciso) proporcionen intervenciones más adecuadas, aportando plusvalías a los pacientes, los servicios de salud y la sociedad en general.

Esta es una problemática actual, discutida por la comunidad científica y, en los últimos años, estudios nacionales e internacionales han comprobado que existen lagunas en los planes de estudio, constatando que la formación inicial es insuficiente y no promueve las competencias exigidas en este nivel, por lo que es necesario completarlas más adelante con formación continua o con otros niveles de formación.

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo para el cual se aplicó un cuestionario, construido para este propósito, a todos los estudiantes del cuarto año de la licenciatura de la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra, del año lectivo 2013/2014, con el fin de comprender cómo perciben su aprendizaje en el área del tratamiento de heridas y cómo valoran los contenidos que se aprenden en el aula y en la enseñanza clínica. Se concluye que parece necesario mejorar la formación aumentando la carga horaria y adecuando los contenidos programáticos.

PALABRAS CLAVE: Enseñanza; educación en enfermería; lesiones y heridas

Recebido em junho 2016 . Aceite em julho 2016

¹ Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Mestre; luipaiva@esenfc.pt

² Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Prof. Dr.; rogerio@esenfc.pt

³ Professora Catedrática de nomeação definitiva, 6º grupo, subgrupo C (Matemática); Prof.ª Dr.ª; cvicente.icbas@gmail.com; cvicente@icbas.up.pt

INTRODUÇÃO

Atualmente assiste-se a um envelhecimento progressivo da população que se traduz, em termos do tratamento de feridas, num aumento na incidência e prevalência dos diferentes tipos de feridas (em particular das crónicas) o que a curto prazo poderá trazer dificuldades na sustentabilidade social e económica dos países pois esta situação acarreta implicações profundas quer a nível da planificação dos cuidados de saúde e, em particular dos cuidados de enfermagem, quer a nível da sustentabilidade dos próprios Serviços Nacionais de Saúde, pelos custos que acarreta. Recentemente, responsáveis da OMS, numa intervenção num congresso da European Wound Management Association (EWMA), referiam que em 2025 muitos dos países ao redor do mundo não irão conseguir suportar, através dos seus orçamentos para a saúde, as despesas inerentes ao tratamento de feridas. Efetivamente são inúmeros os estudos que constataam os enormes custos e o incremento das despesas nos diferentes tipos de feridas (Tennvallj e Ragnarson, (2005); Posnett e Franks (2008); Schuurman et al (2009); Gaspar et al (2009) Guest et al (2015); Oliveira e Oliveira (2015), entre muitos outros.

Quando se estudam os custos com uma ferida, estes devem incluir o custo total do tratamento à pessoa, podendo considerar-se três grupos: custos directos, indirectos e intangíveis. Relativamente aos primeiros, incluem-se todos os consumíveis utilizados bem como os recursos de saúde (por exemplo, o custo/hora de médicos ou enfermeiros ou o custo de transporte da pessoa ao hospital, se necessário). Nos segundos pode-se contabilizar as ausências laborais da pessoa ou do cuidador, os anos de vida perdidos, entre outros e, por último, nos intangíveis (difíceis de avaliar em termos monetários mas com enorme influência na qualidade de vida da pessoa), fala-se da dor, do desconforto ou mal-estar sofrido pela pessoa, pelos familiares ou cuidadores. Nos últimos anos têm-se discutido muito a forma de reduzir estes custos e a comunidade científica tem procurado minimizar este problema trazendo para a prática clínica imensas soluções de novos produtos e técnicas que perspetivam uma cicatrização

mais rápida e sustentada das feridas (logo mais económica). Contudo, nem sempre se verifica este pressuposto, primeiro por serem produtos mais caros e segundo por os erros de utilização de muitas desses recursos serem frequentes, pois exigem atualizações de conhecimentos que nem sempre são efetuadas pelos profissionais.

O que a realidade diária nos tem demonstrado é que os custos directos são, também eles, difíceis de controlar, o que tem induzido o pensamento de que será a aposta na competência e nos conhecimentos de quem cuida, que pode condicionar sobremaneira esta fração. Desde logo, por poder interferir numa avaliação mais rigorosa da ferida e do seu portador, numa escolha mais apropriada do produto ou da técnica a utilizar (tendo em conta a fase cicatricial e o tipo de ferida) e por permitir assim, conseqüentemente, um processo cicatricial mais célere e mais sustentado. Interferindo nas dinâmicas a este nível, pode-se afirmar que se contribui em primeira linha para reduzir os custos directos bem como, por acréscimo, todos os outros.

Portugal tem cerca de 10 milhões de residentes e, a crer nas perspetivas do seu desenvolvimento, manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, prevendo-se que, em 2060 residam no território nacional cerca de três idosos por cada jovem (Instituto Nacional de Estatística, 2009). Este pressuposto, faz-nos prever que todos os problemas levantados por uma população idosa têm tendência a agudizar-se e urge tomar medidas que minimizem os efeitos desse envelhecimento e das conseqüências que pode trazer relativamente ao tratamento de feridas.

Também a crise económica pode assumir um papel importante a este nível e se, por um lado, os poucos recursos económicos podem induzir diversos constrangimentos limitando as opções terapêuticas ou a continuidade do tratamento desejado, também os doentes (que exigem hoje respostas mais rápidas e positivas) podem, negativamente, condicionar o seu próprio tratamento, inculcando trocas frequentes de produtos por parte dos cuidadores, na tentativa de se verificarem resultados mais rápidos.

Estamos assim a vivenciar um momento em que será necessário mais do que nunca otimizar os

conhecimentos e competências dos profissionais que cuidam dos portadores de feridas, para que as respostas sejam mais adequadas e promotoras de processos cicatriciais mais rápidos, mas igualmente mais consistentes e promotores de uma boa qualidade de vida, ou seja, como afirma Rabe et al (2012, p.604), “os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde (...) sendo capaz de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e propor soluções.”

O Curso de Licenciatura em Enfermagem, à semelhança de outros cursos de áreas profissionais que intervêm no tratamento de feridas, tem no seu currículo escolar (podemos generalizar a todas as Escolas) bastantes lacunas quer em termos de carga horária quer nos conteúdos que são lecionados (Alves e Vieira, 2012). Tem sido feito um esforço nos últimos anos no sentido de corrigir algumas dessas lacunas a nível teórico mas o que se constata é que a formação inicial dos estudantes de enfermagem nesta área resulta muito (e principalmente) da troca de experiências que ocorre aquando da realização dos ensinamentos clínicos.

Pretendendo conhecer a perceção dos estudantes do Curso de Licenciatura da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra quanto à aprendizagem e aquisição de competências nesta área de atuação, e de que forma valorizam os conteúdos que são apreendidos em sala de aula e em ensino clínico, efetuou-se a presente investigação. Foi assim realizado um estudo exploratório, descritivo com a aplicação de um questionário construído para o efeito com questões abertas e fechadas, aplicado a todos os estudantes do 4º ano do ano letivo 2013/2014. Foi solicitada a devida autorização e garantida a confidencialidade dos respondentes salvaguardando-se a utilização e divulgação dos dados apenas em contextos académicos.

No seguimento do exposto, e partindo da questão central de “Como se processa a aprendizagem dos estudantes de enfermagem relativamente ao tratamento de feridas”, objetivou-se identificar o conhecimento desses estudantes após a sua participação em atividades letivas e de ensino clínico. Por outro lado, objetivou-se, por meio do

presente estudo, trazer algum contributo à educação em enfermagem, construindo subsídios para que outros docentes e enfermeiros (responsáveis pela orientação e supervisão de estudantes em ensino clínico) possam ser instigados a repensar o processo ensino/aprendizagem que têm conduzido, respetivamente, nas escolas e nos serviços de saúde.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro componentes para além da presente introdução e da conclusão onde se referem os pontos mais importantes do estudo e onde se projetam investigações futuras, a fundamentação onde se procura de uma forma sucinta aludir à problemática do tratamento de feridas e à questão das estratégias de ensino na área, um capítulo de material e métodos onde se descreve a metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho, um capítulo destinado a apresentar os resultados do estudo e outro para a sua discussão.

FUNDAMENTAÇÃO

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano e desempenha funções básicas como por exemplo a proteção contra agentes externos. Pode sofrer agressões que podem prejudicar o funcionamento do corpo de todos os indivíduos, independentemente da cor, idade, género (Morais et al, 2008).

A ferida cutânea nunca foi bem aceite pela sociedade, chegando mesmo a ser motivo de exclusão social do seu portador (Cândido, 2001). Por este motivo, pode-se afirmar que uma ferida é algo muito mais complexo do que aquilo que a simples e usual definição nos diz, de que é uma perda de solução de continuidade da pele. Efetivamente, uma ferida está sempre envolta num determinado contexto e não se consegue dissociar do enorme número de fatores que a causam, ou das características próprias da pessoa portadora, pois estes são aspetos que condicionam, muitas vezes, a sua cicatrização. Neste sentido, o tratamento de uma pessoa com uma qualquer lesão tecidual vai muito para além dos cuidados gerais a prestar à sua ferida e inclui, necessariamente, a envolvimento holística dessa mesma pessoa.

Na busca por um cuidado humano e integral, é

necessário superar a visão rotineira e mecanicista de tratar todas as lesões da mesma forma e de olhar apenas a ferida, deixando em segundo plano o ser humano, que sofre com a sua presença (Santos et al, 2014). Por outro lado, podemos ainda afirmar que o tratamento de uma ferida depende, a cada momento, da evolução que apresenta, reflexo do que é espelhado ao longo das suas diferentes e progressivas fases de cicatrização (Dantas e Jorge, 2003).

Ao enfermeiro compete avaliar de uma forma adequada a ferida e, do enorme leque de soluções existentes no mercado, escolher a que possa oferecer a resposta mais adequada à situação em causa. Efetivamente, a partir do final do século XX cresceu o interesse dos profissionais, das instituições de saúde, da indústria farmacêutica e de outras áreas do saber (como por exemplo a Engenharia), na busca de conhecimento e de diferentes soluções, com a finalidade de proporcionar uma melhor prevenção ou um tratamento mais eficaz à pessoa portadora de feridas, em especial às de caráter crónico, com o objetivo de promover uma rápida cicatrização, um maior conforto e o mais rápido retorno às atividades da vida diária (Silva et al 2014).

Os avanços tecnológicos favoreceram a criação de novos produtos e de novos métodos utilizados no cuidar destes doentes, surgindo a necessidade de uma melhor preparação do ponto de vista técnico-científico dos profissionais envolvidos, para um adequado atendimento.

Os profissionais dispõem atualmente de inúmeras opções de tratamento já que, principalmente nas últimas duas décadas, tem sido fértil o desenvolvimento de produtos e técnicas que permitem dar resposta às diferentes alterações locais e sistémicas que as feridas podem induzir no seu portador. Assim, desde diferentes apósitos (simples ou impregnados) a substitutos da pele, desde produtos tecnologicamente desenvolvidos para a prevenção de úlceras, a técnicas desenvolvidas recorrendo-se a mecanismos eletrónicos, a investigação desenvolvida por profissionais da prática clínica ou por outros investigadores mais em contexto laboratorial, tem permitido dar resposta às dificuldades apresentadas

pelas diferentes tipologias de feridas, contribuindo desta forma para que mais rapidamente, e sempre com a premissa da promoção de uma melhor qualidade de vida, as feridas cicatrizem.

Ainda, quando falamos em tratamento de feridas, os recursos financeiros das unidades de saúde ou do próprio doente e família, a avaliação de benefícios e custos e, novamente, a qualidade de vida, são alguns dos aspetos a serem considerados no momento da escolha das opções de tratamento e devem ser adequados à natureza, à localização e ao tamanho da ferida.

Sabe-se que elevadas taxas de prevalência e incidência de feridas crónicas representam elevados custos económicos para doentes, famílias, serviços de saúde e sociedade em geral e a formação adequada dos profissionais de saúde pode ter impacto muito positivo na redução desses custos (Gaspar et al, 2009; Gaspar et al, 2010).

Torna-se assim fundamental que os profissionais envolvidos no tratamento de feridas sejam portadores de conhecimentos atualizados, que lhes permitam um raciocínio reflexivo, crítico aquando da realização dos tratamentos, com vista à sua maior eficácia.

Pretende-se então que também os enfermeiros tenham a melhor qualificação possível de forma a prestarem cuidados mais eficazes e eficientes. Mas, se por um lado, se observa que nos últimos anos a Enfermagem tem aumentado o seu interesse em procurar conhecimento e basear a sua atuação para resolver problemas complexos da prática assistencial aos doentes portadores de feridas, nas melhores evidências científicas, continua também a verificar-se um enorme deficit no conhecimento que muitos desses profissionais ainda detêm. Assim, não é raro verificarem-se situações em que alguns produtos são utilizados inadequadamente, com imprecisões quanto aos seus mecanismos de ação e resultados decorrentes do seu uso, de técnicas que deveriam ser utilizadas e que não o são (por exemplo, o uso de terapia compressiva nas úlceras de perna de origem venosa) ou de algumas abordagens às feridas que não são as mais corretas apesar de cada vez mais existirem guidelines para a prevenção e tratamento de várias tipologias de feridas, emanadas por instituições internacionais

de referência, mas que não são (ainda) adotadas pela generalidade dos enfermeiros.

Os profissionais devem ter conhecimento técnico e científico para proporcionar aos doentes portadores de feridas o procedimento e os instrumentos adequados para um atendimento diferenciado. Não existe um produto que seja considerado o melhor para a realização do tratamento a uma ferida ou um que esteja indicado ou que seja adequado para todo o processo de cicatrização e a utilização sequencial de pensos mais ou menos técnicos é muitas vezes necessária (Faure, 2016). A escolha do produto irá depender do tipo de procedimento a executar, do tamanho da ferida, da ausência ou presença de drenagem e/ou sinais de infeção, sendo assim necessário identificar e conhecer as indicações e as contraindicações, bem como o benefício da utilização de cada produto, a cada momento.

Logo, a escolha do material adequado a utilizar em cada tratamento dependerá de uma correta avaliação da ferida, do conhecimento sobre o produto a utilizar, da sua eficácia de acordo com as características que a ferida apresenta, do seu custo, da sua disponibilidade no serviço e/ou no mercado (para proporcionar continuidade do tratamento) e, por último mas não menos importante, da capacidade que ele apresente em promover o bem-estar e conforto do doente.

Neste sentido, o enfermeiro possui um papel relevante no tratamento de feridas, uma vez que tem contato privilegiado com a pessoa portadora de feridas, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o penso, bem como detém (ou deveria deter) um grande domínio da técnica, em virtude de na sua formação constarem componentes curriculares voltados para esta prática.

Contudo, verifica-se que em alguns estudos efetuados, quer a nível nacional quer internacional, o tempo dedicado a esta área temática na formação de base é bastante reduzido. (Alves e Vieira, 2012). Num estudo realizado em 2010, em Portugal, pelos autores anteriormente identificados, verificou-se que em 38 instituições de ensino de Enfermagem as horas despendidas para a lecionação de conteúdos sobre feridas oscilavam entre as 6 e as 68, com uma mediana de 20 horas (Alves e Vieira, 2012).

Mais recentemente, em Espanha, procurou-se conhecer também a realidade da lecionação sobre os conteúdos sobre feridas e constatou-se que nas 114 instituições de ensino de enfermagem se verificam diferenças significativas na lecionação de conteúdos considerados prioritários como seja a dor em feridas ou a prevenção de úlceras por pressão (Romero-Collado, 2014). Este estudo revelou a inexistência nos currícula escolares de conteúdos sobre a dor em doentes com feridas crónicas e uma grande deficiência sobre prevenção de úlceras por pressão quando comparado com os conteúdos sobre tratamento. Verifica-se ainda que os conteúdos oferecidos, na generalidade dos cursos, sobre feridas crónicas parecem ser muito deficientes (Romero-Collado, 2014).

Conclui que os programas curriculares devem, no mínimo, promover a aquisição de habilidades para a prevenção e tratamento de feridas crónicas e que os Programas Universitários (em todos os países) devem rever as suas ofertas curriculares e tomar medidas para reduzir a lacuna existente na formação teórica e prática nesta área do conhecimento.

Este problema assume assim uma importância maior pois sabe-se que o conhecimento da teoria facilita o auxílio na tomada de decisões em situação prática o que eleva o nível de ação dos académicos e, neste sentido, a EWMA (por exemplo) tem vindo a promover o desenvolvimento de diretrizes que permitam um maior envolvimento no ensino e no desenvolvimento de conteúdos nos cursos de base e na formação ao longo da vida. Em 2014, no seu congresso anual, realizado em Londres, debateram-se temáticas muito direcionadas para a problemática da necessidade de ensinar os professores – “teaching the teachers”. Mais recentemente, a Associação Espanhola de tratamento de feridas levantou esta problemática sentindo a necessidade de organizar um evento que reunisse diferentes experiências a nível das universidades Ibero-latino-americanas que lecionam conteúdos de tratamento de feridas no “Encuentro Ibero-latinoamericano de Facultades y Escuelas Universitarias com Programas Formativos en Heridas” que decorreu em Logroño, Espanha, em maio de 2016.

Como afirma Santos et al (2014, p.2) “sabe-se que não é possível ensinar tudo, especialmente na formação inicial, nem seria indicado, no entanto, é imprescindível ensinar a pensar, a procurar e a construir informações, contextualizando-as e transformando-as em conhecimentos”. Neste sentido, o uso de metodologias ativas é visto como um instrumento facilitador e motivador do ensino-aprendizagem aproximando o estudante de enfermagem da realidade concreta (Carraro et al, 2012) mas, na “...formação inicial do profissional de enfermagem, é indispensável aliar conhecimentos, atitudes e habilidades para um cuidado com base nos valores humanos, morais e éticos” (Santos et al, 2014, p.2).

A educação é um processo contínuo de construção do conhecimento, no qual se utiliza o pensamento livre, crítico e reflexivo mas é também um “instrumento imprescindível para qualificar o atendimento do profissional de enfermagem, visto que contribui para uma assistência comprometida, competente e respaldada em consistentes conhecimentos teóricos” (Jacondino et al, 2010, p. 317).

Essa preparação deve obrigatoriamente ser iniciada nas escolas de enfermagem, quer a nível básico, quer a nível pós-básico, pois na base da formação é mais fácil aderir a novos conhecimentos e também a novos processos de tratamento de feridas.

É papel importante dos professores estimularem e motivarem os seus estudantes para aceitarem novas ideias e novos métodos de trabalho e, por outro lado, proporcionarem-lhe experiências práticas que permitam aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos, pois se não o fizerem correm o risco de que estes considerem o corpo teórico de conhecimentos perfeitamente inútil e desenquadrado da realidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

O desenho de uma investigação é um plano que pretende orientar a investigação no sentido de se obterem respostas para as questões de investigação formuladas (Fortin, 2009). Deve também dar resposta aos objetivos que o investigador pretende alcançar com o estudo, que neste caso será o de

compreender a importância da formação inicial na aquisição de conhecimentos e competências para cuidar da pessoa com feridas. Nesse sentido, planeou-se o desenvolvimento de um estudo com uma abordagem quantitativa, exploratório-descritivo, em que se procurou, relativamente ao tratamento de feridas, dar resposta à questão central: “Como percebem os estudantes de enfermagem a sua aprendizagem?” e às questões específicas: - Qual o contexto em que adquirem mais conhecimentos? Quais os aspetos a melhorar nos currículos escolares? Quais as maiores dificuldades sentidas em contexto de ensino clínico?

O estudo aqui reproduzido teve como população todos os estudantes do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ano letivo 2013/2014, que frequentaram a unidade curricular de Urgência/Emergência, 8º semestre, num total de 298 estudantes. Para a sua realização foi solicitada a autorização à direção da Escola Superior de Enfermagem tendo sido autorizado.

No decorrer da última semana de aulas, e após prévia explicação dos objetivos do trabalho, foram aplicados os questionários à totalidade dos estudantes presentes nas aulas.

Os critérios de inclusão da amostra compreenderam a aceitação voluntária dos estudantes em participar no estudo, a presença na aula em que foi aplicado o questionário e o correto preenchimento do mesmo, tendo sido recolhidos no total 285 questionários o que corresponde a uma percentagem de 95,64%. Foi garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas.

O questionário foi produzido para o efeito e constituído por dados de caracterização sociodemográfica e dados sobre a aprendizagem em tratamento de feridas. Constituído maioritariamente por questões fechadas com possibilidades de resposta “sim” ou “não” e com possibilidade de em algumas haver comentários a justificar a resposta.

Após a recolha dos questionários, estes foram inseridos em base de dados tendo sido tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package

for the Social Science), na versão 22.0 de 2015.

RESULTADOS

O estudo foi efetuado com uma amostra de 285 estudantes, caracterizados enquanto grupo pelos seguintes traços sociodemográficos: indivíduos com idade compreendida entre os 21 e os 35 anos, com média de 22,32 anos, distribuídos pelos dois géneros em percentagens de 84,56% do sexo feminino e 15,44% do sexo masculino o que corresponde à distribuição normal característica da profissão. Maioritariamente oriundos do distrito de Coimbra (56,14%) e dos distritos limítrofes como Aveiro (11,58%), Viseu (2,46%), Leiria (3,50%) e os restantes de outros distritos (26,67%).

Relativamente à residência durante a frequência do curso 9 estudantes (3,2%) residem sós, 115 (40,4%) estudantes residem com familiares e 161 (56,5%) residem com amigos em quartos alugados ou residências. Verifica-se que 3 estudantes (1,05%) possuem já uma outra licenciatura.

No que concerne aos dados sobre a aprendizagem verifica-se que relativamente à sua perceção de sucesso académico, 213 estudantes (74,7%) afirmam que têm um bom desempenho no percurso académico, 40 (14,0%) consideram ter um desempenho muito bom e 32 estudantes (11,2%) consideram ter um percurso académico com sucesso razoável. Nenhum dos estudantes se considera no nível de fraco, nem de excelente relativamente ao sucesso académico. Confrontados com a situação de terem unidades curriculares em atraso, 239 estudantes (83,9%) têm as unidades curriculares todas realizadas e 46 estudantes (16,1%) têm unidades curriculares em atraso, sendo que destes, 9 (19,6%) têm unidades curriculares em atraso respeitantes a ensinamentos clínicos.

Confrontados sobre o contexto de aprendizagem onde consideram ter adquirido mais conhecimentos sobre tratamento de feridas, uma larga maioria de estudantes 258 (90,5%) refere que foi em ensino clínico. A aprendizagem em aulas teóricas e teórico-práticas e aulas práticas como sendo o contexto onde consideram ter adquirido mais conhecimentos apenas é referido por 2 estudantes (0,7%) e 6 estudantes (2,1%) respetivamente. De

realçar que existe ainda um número considerável de estudantes 19 (6,7%) que procuraram desenvolver mais conhecimentos na área através da frequência de formações extracurriculares.

Quando questionados sobre a importância dos conteúdos lecionados em contexto de aula e se estes foram suficientes para o desempenho adequado em ensino clínico, apenas 14 estudantes (4,9%) referiram que sim. Todos os outros estudantes, 271 (95,1%) referiram que os conteúdos foram insuficientes e que não permitiram o desenvolvimento adequado em ensino clínico das funções respeitantes ao tratamento de feridas. A razão para tal facto pode estar na justificação referida por dois estudantes que afirmam que “porque não me foi dito ou exposto ou explicado nada para que soubesse avaliar, tratar e ou prescrever um tratamento contínuo (de acordo com a avaliação e tipos de feridas)” e porque “foram abordados conteúdos na área do tratamento de feridas muito generalistas e subjetivos”.

Corroborando esta informação e podendo contribuir para esta dificuldade manifestada pelos estudantes, a forma de leção das aulas sobre feridas é considerada pouco indicada por 216 estudantes (75,8%) sendo que é considerada indicada por 69 estudantes (24,2%). Apesar de atualmente se investir muito na área da simulação a sua utilização na leção das aulas sobre tratamento de feridas ainda é muito insuficiente pelo que 249 estudantes (87,4%) manifestam a opinião de que os simuladores utilizados nas aulas práticas não dão resposta eficaz às necessidades de aprendizagem e que a simulação do tratamento a uma ferida não está de acordo com as necessidades de formação (226 estudantes - 79,3%).

A opinião da maioria dos estudantes (234 - 82,1%) é de que existem constrangimentos ou obstáculos que dificultam a transferência das aprendizagens de sala de aula para o contexto real de trabalho. Esses constrangimentos passam muito pela impossibilidade de criar situações mais reais em contexto de aula, ou seja, o recurso a imagens nem sempre é o mais adequado pois uma ferida tem muitas características que não podem ser avaliadas com o recurso a uma imagem, pela escassa carga horária destinada a estes conteúdos,

pela inexistência de muitos dos diferentes tipos de materiais para que possam ser manuseados e permitir a aquisição de mais conhecimentos sobre eles, entre muitos outros.

Apesar destas dificuldades, os estudantes consideram que na etapa final do Curso possuem genericamente bons conhecimentos sobre tratamento de feridas e apenas 5 estudantes (1,8%) considera os seus conhecimentos sobre tratamento de feridas como fraco. Dos restantes, 95 (33,3%) consideram os seus conhecimentos como razoáveis, 147 (51,6%) consideram-no como bom e 38 (13,3) consideram-no como muito bom.

Relativamente ao desenvolvimento do procedimento de tratamento de feridas em ensino clínico, foi importante perceber quais as principais dúvidas colocadas aos estudantes aquando da sua realização. Neste sentido, foram-lhes colocadas várias hipóteses, conforme descrito no quadro 1. Verificou-se que as principais dúvidas se prendem com a “determinação de produtos a usar” com 90,9% dos estudantes a referirem essa dificuldade. Também referiram sentir grandes dificuldades pelo “Desconhecimento de como proceder perante determinada ferida” e pela “Incerteza na frequência de realização do penso (diário, 2 em 2 dias, etc)”, com percentagens de, respectivamente, 58,6 e 56,1. Outro aspeto que incutiu dificuldades aos estudantes na realização do tratamento às feridas é o “Desconhecimento de como proceder perante determinada ferida”, referido por 56,1% dos estudantes.

Relativamente a todos os outros itens, verifica-se que não são maioritariamente causas de dificuldades tão frequentes para os estudantes.

Partindo do princípio de que os estudantes em final de curso já vivenciaram experiências suficientes quer em contexto de sala de aula quer em contexto de ensino clínico, tendo neste sentido uma visão muito generalista das diferentes realidades onde se prestam tratamentos a feridas, foram confrontados com uma questão cujo objetivo era perceber quais os aspetos em que eles consideram ser importante introduzir alterações com vista a melhorar a lecionação dos conteúdos necessários a uma prestação de cuidados às pessoas portadoras de feridas, alterações essas

que poderiam contemplar a introdução de maior carga horária, alterações mais profundas a nível da metodologia de ensino ou mesmo da introdução de novos conteúdos programáticos, entre outros.

Assim, à questão sobre quais os aspetos que considera necessário melhorar no currículo escolar para otimizar a aprendizagem na área do tratamento de feridas, os itens em que os estudantes consideram necessário ocorrerem mais alterações são, conforme se pode observar no quadro 2, essencialmente relacionados com aspetos do conhecimento e da transferência do conhecimento da teoria para a prática clínica. Neste sentido, os itens em que os estudantes consideram mais importante ocorrerem alterações são “Relação teoria e prática” com 66,7%, “Conteúdos programáticos” com 63,5%, “Atualidade dos conteúdos lecionados” com 56,8% e “Aplicabilidade dos conteúdos lecionados” com 69,5% dos estudantes a considerar importante produzir alterações. Noutra sentido, os que não consideram pertinente alterar prendem-se com aspetos relacionais na lecionação das aulas como seja o “Desempenho dos Professores” com 89,5%, “Relacionamento entre professor e estudantes” com 87,0% e “Relacionamento entre estudantes” com 93,0% dos estudantes a referir que não justifica ocorrerem alterações. Consideram ainda não haver necessidade de alteração em itens como a “Documentação Fornecida” e os “Meios audiovisuais”.

DISCUSSÃO

Não existem muitos estudos publicados em Portugal sobre a perceção dos estudantes de enfermagem relativamente à sua aprendizagem na área do tratamento de feridas, seja em contexto de sala de aula ou de ensino clínico. Pesquisando nas bases de dados científicas, internacionalmente, também não tem sido muito frutífera a publicação de artigos a este nível, emergindo, isso sim, alguns estudos que se direcionam mais para a problemática dos conteúdos a lecionar e da carga horária atribuída a cada temática, em cursos de enfermagem ou de outras áreas do saber envolvidas no tratamento de feridas (Novato e Carvalho, 2000). São disto exemplo, os estudos

Quadro 1 - Dificuldades sentidas na prestação de cuidados a doentes com feridas, durante os ensinamentos clínicos.

Item	Resposta	n	%
Determinar a tipologia da ferida	Sim	99	34,7
	Não	186	65,3
Determinar o tipo de produto a usar	Sim	259	90,9
	Não	26	9,1
Conhecer indicações dos produtos utilizados	Sim	192	67,4
	Não	93	32,6
Determinar o tipo de antisséptico a usar, se necessário	Sim	74	26,0
	Não	211	74,0
Dúvidas sobre o uso ou não de antisséptico	Sim	82	28,8
	Não	203	71,2
Conhecer as indicações dos antissépticos utilizados no tratamento de feridas	Sim	56	19,6
	Não	229	80,4
Incerteza na frequência de realização do penso (diário, 2 em 2 dias, etc)	Sim	167	58,6
	Não	118	41,4
Desenvolvimento da técnica de realização de penso	Sim	13	4,6
	Não	272	95,4
Manipulação do Kit de pensos	Sim	5	1,8
	Não	280	98,2
Desconhecimento de como proceder perante determinada ferida	Sim	160	56,1
	Não	125	43,9
Não conhecer o material de oclusão das feridas	Sim	52	18,2
	Não	233	81,8
Dúvidas sobre execução ou não de técnica compressiva	Sim	97	34,0
	Não	188	66,0
Medo de provocar dor ou desconforto no doente	Sim	140	49,1
	Não	145	50,9
Dúvidas sobre a realização de técnica de execução de penso oclusivo com ligadura	Sim	62	21,8
	Não	223	78,2

realizados em Portugal por Alves e Vieira (2012), em Inglaterra, por Ousey et al (2013) ou em Espanha, por Romero-Collado et al (2014).

Todavia, verifica-se que nos últimos anos tem sido nítida a preocupação de formar adequadamente os profissionais envolvidos nesta problemática com vista a que se consigam prestar cuidados mais apropriados às feridas. Como afirma Carvalho et al (1999, p.204) "... desenvolver a competência técnica do académico de enfermagem... será a garantia de um trabalho seguro e eficaz como profissional". Esta preocupação tem em conta uma visão (também) economicista mas, muito

mais importante que esta, uma visão em que se perspetiva melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras de feridas tendo por base uma cicatrização mais célere e eficaz das feridas. Contudo, a questão económica nunca está totalmente afastada pois, partindo-se do princípio que acelerando o processo de cicatrização, implicará despender menos recursos materiais e humanos, consequentemente, estarão implicados menores recursos financeiros.

É evidente a necessidade de uma melhor planificação das situações de ensino-aprendizagem, bem como, de conciliar, valorizar e integrar os

Quadro 2 - Itens a melhorar no currículo escolar e nas aulas de tratamento de feridas.

Item	Resposta	n	%
Relação teoria e prática	Sim	190	66,7
	Não	95	33,3
Carga Horária	Sim	157	55,1
	Não	128	44,9
Metodologia de Ensino	Sim	158	55,44
	Não	127	44,56
Conteúdos programáticos	Sim	181	63,5
	Não	104	36,5
Material de Simulação	Sim	167	58,6
	Não	118	41,4
Atualidade dos conteúdos lecionados	Sim	162	56,8
	Não	123	43,2
Aplicabilidade dos conteúdos lecionados	Sim	198	69,5
	Não	87	30,5
Documentação Fornecida	Sim	138	48,4
	Não	147	51,6
Meios audiovisuais	Sim	47	16,5
	Não	238	83,5
Desempenho dos Professores	Sim	30	10,5
	Não	255	89,5
Relacionamento entre professor e estudantes	Sim	37	13,0
	Não	248	87,0
Relacionamento entre estudantes	Sim	20	7,0
	Não	265	93,0
Instalações	Sim	13	4,6
	Não	272	95,4

momentos teóricos e práticos. É também evidente a necessidade do estudante ter um contato precoce com a profissão, e assim articular de uma forma mais eficaz o mundo da escola/formação com o mundo real do trabalho.

É ainda importante que a formação, ao contrário do que verificaram Alves e Vieira (2012) e Romero-Collado (2014) nos seus estudos, contemple as principais prioridades na área das feridas e que seja abrangente, abordando diferentes tipologias de feridas e incidindo sobre a prevenção, tratamento e reabilitação do portador.

Como afirmam Novato e Carvalho (2000, p.50) “o tratamento de feridas deve ser visto como algo dinâmico pois à medida que avança o conhecimento técnico-científico nesta área, a

abordagem terapêutica também deve incorporar estes conhecimentos”. Do ponto de vista pedagógico, a formação tem que ser integradora e estimular o “aprender a aprender”. Verifica-se que os estudantes que compõem a amostra do estudo têm perspectivas do seu sucesso acadêmico diferentes, encontrando-se alguns com unidades curriculares em atraso, nomeadamente de ensino clínico. Este dado é importante pois, não sendo um número significativo de estudantes com unidades curriculares em atraso, pode de alguma forma condicionar as expectativas dos estudantes na sua aprendizagem em ensino clínico. Carvalho et al, (1999, p.200) afirmam que “A primeira vivência em estágio hospitalar pode gerar tensões e ansiedades. Esses sentimentos interferem negativamente no

processo ensino-aprendizagem.” Afirmam ainda que “os alunos revelam, atitudes de ansiedade quanto a procedimentos técnicos, relacionamento com o paciente e avaliação”. É assim importante que lhes sejam proporcionadas as melhores experiências de aprendizagem em contexto de aula no sentido de evitar estes sentimentos de stress.

A formação realizada nas escolas de enfermagem contempla hoje em dia um “modus operandis” completamente diferente de há uns anos atrás, recorrendo-se muito à experiência clínica simulada, ou seja, como diz Martins et al. (2012, p.620) “as escolas de enfermagem foram obrigadas a evoluir em sua maneira de ser e fazer escola, absorvendo e utilizando o conhecimento da área didática e pedagógica”. Apostando num ensino mais prático em contexto de sala de aula, no que diz respeito ao tratamento de feridas, o crescente desenvolvimento tecnológico tem que permitir que se disponibilizem simuladores que apresentem respostas mais realistas, humanas e fisiológicas (Martins et al, 2012) possibilitando o treino de competências fora do contato com doentes reais. A utilização da simulação na área do tratamento de feridas ainda é exíguo e 87,4% da nossa amostra referem que os simuladores utilizados nas aulas práticas não dão resposta eficaz às necessidades de aprendizagem. Martins et al (2012, p.624-625) afirmam que “não existe justificação, para que os estudantes de enfermagem treinem todo um conjunto da habilidades de forma deficiente ou, pior ainda, que esse treino aconteça em uma pessoa real...” devendo ser definidas estratégias para melhorar o ensino e segundo Novato e Carvalho (2000, p.50) “possibilitar e instigar a criatividade do aluno em busca de um conhecimento significativo e que provoque mudança de comportamento”.

As principais causas das dificuldades dos estudantes quando prestam cuidados a feridas, evidenciadas por este estudo, estão relacionadas com o pouco conhecimento que lhes é transmitido sobre os diferentes produtos e a relação destes com o estado da ferida. Assim, dificuldade em determinar o tipo de produto a usar e saber as suas indicações, o que de alguma forma condiciona também a outra dificuldade referida de incerteza

na frequência de realização do penso podem ser colmatadas com estratégias de ensino mais ativas pois como afirmam Ribeiro e Lopes (2006, p.78) “nos dias de hoje, ainda é primordial a contínua atualização sobre este tema porque todos os dias surgem novos produtos e formas de tratamento”. Por esse motivo, há, segundo estes autores, “maior necessidade de atualização a fim de conhecer os novos produtos disponíveis para usá-los adequadamente” (p.78).

Relativamente à dificuldade referida de “Desconhecimento de como proceder perante determinada ferida”, importa dotar os estudantes de conhecimentos abrangentes e fazê-los compreender que, segundo Salomé e Espósito (2008, p.825) realizar o tratamento a uma ferida “é uma tarefa não automatizada e sim reflexiva; necessita de um conhecimento teórico relacionado à fisiologia da pele, dos produtos existentes no mercado e daqueles que são padronizados no hospital. Cuidar de ferida envolve o corpo físico e o espaço íntimo e subjetivo do indivíduo; esse procedimento não pode ser realizado apenas como uma ação técnica, pois envolve uma relação, mesmo que temporária, entre dois seres humanos”.

Relativamente às alterações a introduzir nos currículos escolares, os resultados obtidos neste estudo não são diferentes de estudos realizados um pouco por todo o mundo, coincidindo com a necessidade de direcionar mais carga horária para a lecionação de conteúdos mais abrangentes, com metodologias de ensino mais ativas e participativas, onde a simulação pode ocupar um papel muito importante. Por outro lado, como afirmam Salomé e Espósito (2008, p.823) os docentes devem preparar os estudantes “... para desempenhar as suas atividades com competência técnica, científica, habilidade, conscientização da importância da utilização da tecnologia no cuidado humanizado” e procurarem manter-se atualizados para que os conteúdos lecionados sejam promotores da aquisição de conhecimentos com aplicabilidade na prática clínica e que sejam, por si só, promotores de afeto, zelo, compromisso e respeito ao cliente e à família, em todo o período de prestação de cuidados no hospital ou outro contexto.

CONCLUSÃO

Nunca o conhecimento evoluiu a uma velocidade tão acelerada como atualmente. Na área da saúde este conhecimento muda a cada dia. Percebe-se, ao longo da história, que o tratamento de feridas se foi modificando de acordo com os conhecimentos adquiridos em cada época e da evolução verificada a outros níveis (Novato e Carvalho, 2000).

Há 20 anos atrás, a formação em tratamento de feridas era inexistente, ocorrendo a transmissão de conhecimentos quase que de forma intuitiva. A realidade que vivemos hoje relativamente aos cuidados à pessoa doente e, em particular no tratamento de feridas, é consideravelmente diferente do contexto que se vivia nessa altura. À escassez de produtos para tratar as feridas (pouco mais do que uma ou duas dezenas de produtos), respondia a natureza com a escassez de microrganismos multirresistentes e, conseqüentemente, com um rácio por exemplo de feridas infetadas, muito inferior ao que se verifica atualmente. A capacidade de resposta imunitária dos hospedeiros era também mais observável e, conseqüentemente, vivemos hoje em dia problemas prementes e preocupantes relativamente à infeção associada aos cuidados de saúde.

A indústria farmacêutica também tinha uma atuação diminuta nesta área e a aposta na criação de novos produtos, direcionados para o tratamento de feridas, não era do ponto de vista económico muito atrativo.

Derepente, nos últimos 20 ou 25 anos, tudo mudou. Como referem Vieira et al (2013, p.715) “tratar de feridas tornou-se mais que um procedimento de enfermagem, hoje é uma especialidade que a cada dia exige atualização e estudo por parte dos profissionais”. Com o envelhecimento da população mundial verificado a partir do final do século passado, com o crescimento das doenças crónicas (Diabetes e doenças vasculares) e com o aumento do número de doentes portadores de feridas, esta área passou a ser rentável do ponto de vista económico e trouxe investimentos a nível da investigação farmacológica e de outras soluções para o tratamento de feridas. Assim, nos últimos anos, passou-se de dezenas de produtos para milhares de produtos, técnicas e métodos

de tratamento, resultantes do binómio procura/oferta mas também da enorme competitividade e concorrência instalada pelos laboratórios.

Contudo, esta preocupação em colocar no mercado produtos inovadores, nem sempre teve a melhor resposta do ponto de vista dos profissionais que por não terem capacidade de acompanhar a evolução, por não haver aceitação por parte dos serviços ou mesmo por algum desinteresse na sua atualização de conhecimentos, acabou por resultar muitas vezes num tratamento mais demorado, com menos sucesso do que o pretendido, com reais prejuízos para o doente, família, profissional e mesmo para a sociedade.

Fala-se hoje cada vez mais na necessidade de formar melhor os profissionais, constatando-se que é necessária formação mais adequada e efetiva na área do tratamento de feridas (Wounds International, 2013). Verdadeiramente, estudos têm vindo a revelar que a nível dos currículos escolares se verifica que existe uma escassa presença de conteúdos sobre tratamento de feridas (e muitas vezes desatualizados); que a carga horária direcionada para esta área é reduzida; que existem lacunas formativas com práticas pedagógicas pouco promotoras da aquisição de competências; que os estudantes pedem mais e melhor formação por sentirem necessidades não correspondidas quando fazem a transição para a prática clínica.

Neste sentido, tem vindo a incrementar-se medidas para melhorar a formação e algumas alterações têm que ser introduzidas no imediato, como aumentar a carga horária, corrigir algumas das deficiências referidas pelos estudantes neste estudo e medidas direcionadas para quem leciona aumentando a qualificação docente pois segundo o estudo realizado por Pereira et al (2010) os professores assumem um papel muito importante já que podem ser vistos tanto como um fator que potencializa o processo de ensino-aprendizado, como um fator que o dificulta. Investir na qualificação do professor pode contribuir para o aumento do conhecimento deste na área, mas também para incutir uma maior motivação no trabalho e, conseqüentemente, alcançar resultados mais efetivos na construção do conhecimento,

sendo este um papel fundamental da formação.

Embora o tratamento de feridas esteja intimamente ligado ao trabalho do enfermeiro, nem todos se sentirão confortáveis em desenvolver este trabalho dadas as características próprias das feridas, especialmente aquelas que possam gerar maiores constrangimentos. Esta poderá ser uma área alvo de investigação futura, ou seja, perceber o que leva a que nem todos os estudantes (e futuros profissionais) desenvolvam conhecimento aprofundado e atualizado nesta área que é alvo de intervenção na generalidade dos contextos de trabalho e como isto pode interferir no processo de desenvolvimento profissional.

Quando falamos na prestação de cuidados ao doente portador de feridas e, mais especificamente, no tratamento de feridas, sabemos que todo este processo assistencial deve estar ancorado numa base teórica sustentada e numa prática que eleva o nível de conhecimento dos futuros profissionais e efetiva o cuidado integral ao indivíduo. Esta prática deve ser alicerçada por princípios que permitam a ação-reflexão-ação e também a desconstrução e a reconstrução de conceito (Tennval e Ragnarson, 2005). Este processo deve ocorrer em contexto de ensino-aprendizagem pois irá favorecer a construção do conhecimento e cimentar as boas práticas nesta área.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, Paulo; VIEIRA, Margarida – Ensino em feridas: formação pré-graduada em enfermagem. *Journal of Tissue Regeneration and Healing*. Edição 1 - Ano 2012. <http://www.trh-journal.com/ensino-em-feridas/>

CARRARO, Telma et al – Ensinar-Aprender a cuidar de feridas: experiência de enfermeiras estagiárias docentes. *Cogitare Enferm*. 2012 Jan/Mar; 17(1):158-61

CARVALHO, Maria. et al. - Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. *Rev.Esc.Enf.U8P*, v.33, n.2. p. 200-6, jun. 1999

DANTAS, S; Jorge, S – Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003

FAURE, Christine – Plaies et pansements.

SOiNS. N° 802 (janvier-février 2016) p.25

GASPAR, Pedro et al – Impacto da formação profissional contínua nos custos do tratamento das feridas crónicas. Referênciã III Série – n° 1 – Jul. 2010. Pp53-62

GASPAR, Pedro et al. - Quanto custa a não formação em feridas crónicas? Referênciã. II Série- n° 10 –Suplemento 2009. pag. 176

GUEST, Julian F et al - Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open* 2015;5:e009283. doi:10.1136/bmjopen-2015-009283

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. Disponível em https://www.inec.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESmodo=2 [Consult. 5 Abr. 2016].

JACONDINO, Camila et al – Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. *Cogitare Enferm*. 2010 Abr/Jun; 15(2):314-8

MARTINS, José et al – A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta Paul Enferm*, 2012;25(4): 619-25

MORAIS, G FC et al - Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto contexto - Enferm.*, v. 17, n. 1, p. 98-105, 2008.

NOVATO, Dénia; CARVALHO, Dacié – Tratamento de feridas: uma contribuição ao ensino de Enfermagem. *REME – Rev. Min. Enf.*, 2000,4(1/2): 47-51, jan-dez.

OLIVEIRA, A; OLIVEIRA, B. - Cost of the treatment for venous ulcers in an outpatient clinic and in the household: a descriptive study. *Online braz j nurs* [internet] 2015 Mar [cited year month day]; 14 (2):221-8. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4842>

OUSEY, Karen et al - Final year student nurses' experiences of wound care: an evaluation. *Wound Care, Research*, March 2013

PEREIRA, Ângela et al – Tratamento de feridas: uma contribuição para o ensino-aprendizagem. *Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do*

Campus Jataí – UFG. ISSN:1807-9342. Vol 2, nº9 (2010).

POSNETT, J; FRANKS, PJ - The burden of chronic wounds in the UK. *Nurs Times*. 2008 Jan 22-28;104(3):44-5.

RABEH, Soraia et al – Construção e validação de um módulo educativo virtual para terapia tópica em feridas crônicas. *Rev. Enferm. EURJ*, Rio de Janeiro, 2012 dez; 20(esp.1):603-8.

RIBEIRO, Maria; LOPES, Maria – Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um curso à distância sobre tratamento de feridas. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2006 Jan/Fev; 14(1):77-84

ROMERO-COLLADO, Angel et al – Course content related to chronic wounds in Nursing Degree Programs in Spain. *Journal of Nursing Scholarship*, 2014, 47:1, 1-11

SALOMÉ, Geraldo; ESPÓSITO, Vitória – Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. *Ver Bras Enferm*, Brasília 2008 nov-dez; 61(6):822-7

SANTOS, Lauriana et al – Processo ensino-aprendizagem em enfermagem no cuidado com o portador de lesões cutâneas: uma revisão integrativa. *Sal.& Transf. Soc*, Florianópolis 2014. ISSN 2178-7085, , v.5, n.1, 1-6.

SCHUURMAN, JP et al - Economic evaluation of pressure ulcer care: A Cost Minimization Analysis of Preventive Strategies. 2009 In: *Nursing Economics*. 27, 6, p. 390-415 26 p.

TENNVALL, J. A.; RAGNARSO, G - Counting the costs of the diabetic foot. *Diabetes Voice*, (November - Volume 50 Special Issue de 2005) p. 8-10

VIEIRA, Cristiane et al – O ensino e a autonomia do enfermeiro na prevenção e no tratamento de feridas. *J. res.: fundam. Care. online* 2013. Out./dez. 5(4):706-13

WOUNDS INTERNATIONAL – Consenso Internacional. La importancia del tratamiento de heridas eficiente. *Wounds International* 2013

A ESPERANÇA EM DOENTES ONCOLÓGICOS CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO

Luísa Teixeira Santos⁽¹⁾; Inês Ângelo Fernandes⁽²⁾; Ângela Xavier⁽²⁾; José Carlos Santos⁽²⁾



Resumo

A doença oncológica confronta a pessoa com mudanças radicais no seu quotidiano, podendo originar uma oscilação entre esperança e desesperança. Devido à elevada incidência e ameaça à integridade humana, esta doença, torna-se num dos temas mais debatidos da atualidade. Objetivos do estudo: Identificar as variáveis que interferem na esperança do doente oncológico e refletir sobre a importância dos contributos do enfermeiro na manutenção e promoção da esperança no doente oncológico. Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura nas bases de dados Medline e Cinahl, num horizonte temporal de Janeiro de 2011 a Maio de 2016. As variáveis que interferem na esperança do doente oncológico são demográficas, clínicas e psicossociais. Destas infere-se que, fatores como a faixa etária, género, aceitação do diagnóstico e prognóstico, experiências subjetivas de dor e fadiga, bem-estar psicológico, felicidade, apreciação positiva do corpo, expectativa da melhoria dos sintomas, sensação de se sentir amado e necessidade de obter informação clara, concisa e realista apresentam maior relevância na oscilação no continuum esperança/ desesperança. Para apoiar o doente oncológico, o enfermeiro deve estar capacitado a intervir na manutenção e promoção de esperança. Sugerimos a realização de estudos sobre a influência da dimensão cultural na esperança do doente oncológico.

PALAVRAS-CHAVE: Esperança, Doentes Oncológicos, Enfermagem; Fatores Epidemiológicos

Abstract

HOPE IN ONCOLOGIC PATIENTS. CONTRIBUTIONS OF NURSES

Cancer disease faces people with radical changes in their daily lives resulting in an oscillation between hope and hopelessness. Through its high incidence and threat to human integrity this disease becomes one of the most discussed issues of our times. Objectives of the study: Identify the variables that interfere with hope of oncological patients and reflect upon the relevance of nurse's contributions in the maintenance and promotion of oncological patients' hope. It was conducted an Integrative Literature Review in the Medline and Cinahl databases in a timeframe, from January 2011 and May 2016. The main variables that interfere with oncological patients' hope are demographic, clinical and psychosocial. The results suggest that factors such as age bracket, gender, acceptance of diagnosis and prognosis, subjective experiences of pain and fatigue, psychological well-being, happiness, high body esteem, expectation of symptom benefit, feelings of being loved and the need of obtaining clear, concise and realistic information present greater relevance in the variation within hope and hopelessness continuum. In order to support oncological patients the nurse must be able to intervene in the maintenance and promotion of hope. For further studies we suggest the analysis of the influence of cultural background on oncological patient's hope.

KEYWORDS: Hope, Oncology Patients, Nursing, Epidemiological Factors

Resumen

LA ESPERANZA EN LOS PACIENTES CON CÁNCER. LAS CONTRIBUCIONES DE LAS ENFERMERAS

La enfermedad oncológica confronta la persona con cambios radicales en su vida diaria resultando en una oscilación entre esperanza y desesperanza. Por su alta incidencia y amenaza a la integridad humana, esta enfermedad, es uno de los temas más debatidos en la actualidad. Objetivos del estudio: Identificar las variables que interfieren con la esperanza del paciente oncológico y reflexionar sobre la importancia de las contribuciones de los enfermeros para el mantenimiento y promoción de la esperanza en el paciente oncológico. Una revisión integradora de la literatura en Medline y CINAHL, una línea de tiempo desde enero de 2011 hasta mayo de 2016.

Variáveis que influyen la esperanza del paciente oncológico son demográficas, clínicas y psicosociales. Factores como edad, género, aceptación del diagnóstico y pronóstico, experiencias subjetivas de dolor y fatiga, bienestar psicológico, felicidad, evaluación positiva del cuerpo, expectativa de mejoría de los síntomas, sentirse amado y necesidad de información clara, concisa y realista tienen mayor relevancia en la oscilación en el continuum esperanza/ desesperanza. Para apoyar el paciente oncológico, el enfermero debe intervenir en el mantenimiento y promoción de la esperanza. Sugerimos la realización de estudios sobre la influencia de la dimensión cultural en la esperanza del paciente oncológico.

PALABRAS CLAVE: Esperanza, Pacientes Oncológicos, Enfermería; Factores epidemiológicos

Rececionado em 2016. Aceite em 2016.

⁽¹⁾Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; luisa_sants@hotmail.com

⁽²⁾Prof^o Coordenador, PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento progressivo da incidência de cancro. O rastreio e tratamentos precoces aumentam a expectativa de vida, impondo-se a necessidade de ter em conta outros domínios prementes durante o processo de adoecer, dentro os quais destacamos a esperança.

Este estudo centra-se na “Esperança no Doente Oncológico” e tem como objetivos: Identificar as variáveis que interferem na esperança do doente oncológico e Refletir sobre a importância dos contributos do enfermeiro na manutenção e promoção da esperança no doente oncológico. Surge como meio de aprofundar conhecimentos e competências individuais e coletivas.

FUNDAMENTAÇÃO

Nos últimos anos, em Portugal, tem-se vindo a verificar uma transformação epidemiológica na Oncologia, com um aumento progressivo da incidência de cancro e da idade média da população afetada (DGS, 2016). Segundo os dados publicados no Registo Oncológico Nacional (RORENO, 2010), no ano de 2010 foram diagnosticados 46724 novos casos de cancro em Portugal, relativamente ao ano de 2009. Embora se assista a uma diminuição da mortalidade precoce, os anos potenciais de vida perdidos, por cancro, continuam a ser muito significativos. Assim, depreende-se o peso crescente da oncologia, quer no que se refere ao impacto da doença quer ao peso dos cuidados associados (DGS, 2016).

A doença oncológica está revestida de mitos, crenças e representações sociais de insegurança, imprevisibilidade, vulnerabilidade e morte (Ramos, 2013). Segundo Pereira e Lopes (2005), os doentes revelam que viver com o diagnóstico de doença oncológica é uma das experiências mais traumáticas e revolucionárias das suas vidas. Na mesma linha de pensamento, Querido (2005), afirma que a debilidade física, o sofrimento associado aos tratamentos e a perda dos papéis familiares e sociais, podem conduzir o doente oncológico (DO) a uma perda progressiva de esperança.

Segundo o modelo conceptual desenvolvido por Dufault e Martocchio (1985, p. 390), a

esperança é definida como uma “força de vida dinâmica e multidimensional, caracterizada por uma expectativa confiante ainda que incerta de conseguir um bom futuro que, para a pessoa que a tem, é realisticamente possível e pessoalmente significativa”. Com base em dados empíricos, as autoras conceptualizam a esperança em duas esferas: a generalizada e a particularizada, e em seis dimensões: afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual. Ainda de acordo com este modelo conceptual, podemos inferir que a esperança e a desesperança são parte integrante de um continuum, embora a presença de desesperança não implique a ausência de esperança (Dufault e Martocchio, 1985).

A esperança assume um elevado poder terapêutico, sendo considerado por alguns autores, um importante mecanismo de coping, especificamente em momentos de crise (Rustoen & Hanestad, 1998; Lin & Bauer-Wu, 2003; McClement & Chochinov, 2008).

MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se a uma Revisão Integrativa de Literatura, com recurso ao método PICOD, para elaborar as seguintes questões de investigação: “Quais as variáveis que influenciam os níveis de esperança no doente oncológico?” e “Qual o contributo do enfermeiro na manutenção e promoção da esperança no doente oncológico?”. Como forma de conseguir responder às questões de pesquisa foram elaborados os seguintes objetivos: Identificar as variáveis que interferem na esperança do doente oncológico e refletir sobre a importância dos contributos do enfermeiro na manutenção e promoção da esperança no doente oncológico.

De modo a conduzir a investigação foi adotada uma estratégia que contempla critérios de inclusão e exclusão, com o objetivo de direcionar a pesquisa. Como critérios de inclusão definimos estudos de investigação qualitativa e quantitativa, em português ou inglês, sobre DO's e esperança e variáveis que interferem nos níveis de esperança, num horizonte temporal de Janeiro de 2011 a 10 de Maio de 2016. Como critérios de exclusão definimos doentes com idade inferior a 18 anos,

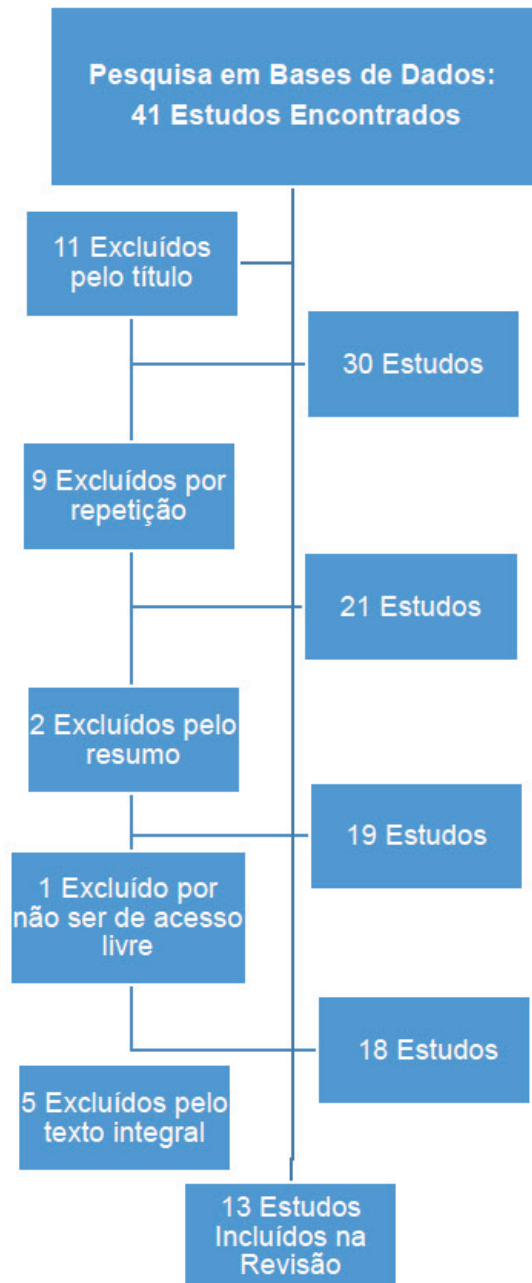
esperança dos cuidadores e/ou familiares, ensaios clínicos com terapia farmacológica e estudos que não sejam de acesso livre.

Com o intuito de orientar a pesquisa foi utilizada a terminologia em saúde consultada no Medical Subject Headings (MeSH) e, para efeitos de pesquisa, foram conjugados os seguintes descritores: Esperança (Hope); Doentes Oncológicos (Oncology Patients); Enfermagem (Nursing); Cancro (Cancer); Variáveis (Variables). Dos descritores supracitados, foram utilizadas as seguintes combinações: (a) Hope (presente no título) AND Oncology Patients (presente no assunto) AND Nursing (presente no texto completo); (b) Hope (presente no título) AND Oncology Patients (presente no texto completo) AND Nursing (presente no texto completo); (c) Cancer patients (presente no título) AND Hope (presente no título) AND Nursing (presente no texto completo); (d) Hope (presente no título) AND Variables (presente no assunto) AND Cancer patients (presente no assunto); (e) Hope (presente no título) AND Cancer patients (presente no assunto) AND Nursing (presente no texto completo); (f) Doente Oncológico (presente no título) AND Esperança (presente no título); (g) Cancer (presente no título) AND Hope (presente no título) AND Nursing (presente no assunto).

Através da combinação (a) de descritores, foram encontrados 2 artigos, dos quais 1 deles foi eliminado pelo resumo e 1 selecionado. Da combinação (b), foram selecionados 3 dos 5 artigos encontrados, sendo 1 excluído por repetição e outro pela leitura do texto integral. Da combinação (c) foram selecionados 2 dos 7 artigos encontrados, sendo 1 eliminado por repetição, outro pelo título e 3 pela leitura do texto integral. Com a combinação (d) foram encontrados 3 artigos dos quais 1 foi eliminado pelo título e outro por repetição, sendo selecionado 1 para estudo. Da combinação (e), foram selecionados 5 artigos de um total de 17, sendo 5 eliminados pelo título, 1 pelo resumo, 5 por repetição e 1 por não ser de acesso livre. Com a combinação (f) foi encontrado 1 artigo que foi incluído no estudo. Da combinação (g), foram encontrados 6 artigos dos quais 1 foi eliminado por repetição, 4 pelo título e 1 pela leitura do

texto integral, assim, desta combinação, não foi selecionado nenhum artigo para estudo. Em suma, dos 41 artigos encontrados, foram selecionados 13 artigos para serem integrados na revisão do estado atual do conhecimento acerca da esperança do DO (Figura 1), os quais foram analisados e apresentam-se de seguida, por ordem cronológica.

FIGURA 1 – Processo de Seleção dos Estudos



RESULTADOS

Relationship between hope and fatigue characteristics in newly diagnosed outpatients with cancer (Shun, Hsiao & Lai, 2011).

Este estudo pretende avaliar a relação entre a esperança e a fadiga (intensidade, duração e interferência) em doentes recém-diagnosticados com cancro a receber tratamento de quimioterapia (QT). Dos resultados infere-se que existe uma correlação negativa, pouco significativa, entre a intensidade média da fadiga e a esperança. No entanto, entre a duração da fadiga, a percepção da influência da fadiga nas atividades de vida diárias e a esperança essa correlação negativa é significativa. Também se verifica que, a interferência da fadiga, na relação com os outros, e o estado de humor interferem negativamente com o nível de esperança.

A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients (Rustoen, Cooper & Miaskowski, 2011).

Nesta investigação procura-se avaliar o efeito da intervenção HOPE-IN nos níveis de esperança e no sofrimento psicológico antes da intervenção (T1), imediatamente após (T2), ao terceiro (T3) e décimo segundo mês (T4) após a realização das sessões. O HOPE-IN é um programa de 8 sessões semanais, cada uma de duas horas, realizadas em grupo, em que são abordados temas relacionados com a esperança como: a crença em si próprio, a autoeficácia, reações emocionais, relações interpessoais, valores e crenças espirituais e, por fim, expectativas futuras. Conclui-se que existe um aumento significativo da esperança de T1 para T2 e uma diminuição ligeira de T2 para T4. Quanto ao sofrimento psicológico, verifica-se uma diminuição de T1 para T2 e ligeira diminuição de T2 para T4. Quanto ao programa, 95% dos participantes consideraram que o HOPE-IN foi “muito” ou “bastante útil”, 80% referiram ter uma relação positiva com o líder do grupo e 31% ainda sugeriram novas temáticas a abordar (morte, tratamento complementar).

Hope in Iranian cancer patients (Abdullahzadeh, Agahosseini, Asvadi-Kermano & Rahmani, 2011).

O estudo pretende investigar o nível de esperança de DO's com diagnóstico de cancro terminal e os fatores que a influenciam. Este não revela uma correlação, estatisticamente significativa, entre a idade e esperança ou entre o tempo de diagnóstico e a esperança. Das variáveis demográficas estudadas apenas o apoio familiar tem uma correlação positiva significativa com a esperança. Pode ainda verificar-se que, programas de aconselhamento e níveis adequados de cuidados de enfermagem, melhoram os níveis de esperança.

The relationship of purpose in life and hope in shaping happiness among patients with cancer in Poland (Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012).

Esta investigação debruça-se sobre o estudo da relação entre a esperança, o propósito da vida, a felicidade e a satisfação com a vida, de DO's durante ou após tratamento. Deste estudo resulta que o propósito da vida, a felicidade nos últimos dias, a avaliação da vida até ao momento, a satisfação com a vida passada e atual, a antecipação da satisfação com a vida e sentir-se amado, são fatores que estão positivamente correlacionados com a esperança. Ao contrário do que se verifica com a duração da doença, o tratamento, o apoio psicológico no passado ou presente, o número de amigos, sentir-se só, idade ou educação que não demonstram influenciar significativamente o nível de esperança.

On sinking and swimming: the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer (Sachs, Kolva, Pessin, Rosenfeld & Breitbart, 2012).

Neste estudo pretende-se compreender a relação entre a esperança e a desesperança e identificar os fatores que mantêm a esperança e os que aumentam a vulnerabilidade à desesperança de DO's em estadio IV, em que a esperança média de vida é inferior a um ano. Deste retira-se que os doentes experienciam esperança e desesperança como constructos interligados, sendo considerado, pelos doentes, que os fatores

psicossociais podem melhorar a esperança ou aumentar a vulnerabilidade à desesperança. Das entrevistas surge também que, muitos doentes consideram o sentimento de desesperança como potencialmente perigoso e incapacitante, o que pode influenciar a sua capacidade de resiliência. Desta forma, consideram a esperança como uma ferramenta para suprimir a desesperança, tornando-se um mecanismo de coping capaz de minimizar as ameaças emocionais com que se deparam. A aceitação da doença implica a compreensão realista do prognóstico e a renúncia voluntária a esperanças inflexíveis ou irrealistas, permitindo aos DO's criarem estratégias de coping e desenvolverem esperanças realistas para o futuro, bem como aproveitar determinados aspetos da vida, como o tempo despendido com os entes queridos e a natureza, melhorando a sua adaptação aos objetivos de vida. No processo de aceitação, manutenção de esperança e afastamento do sentimento de desesperança, os DO's destacam ainda a importância das relações familiares. No entanto, as manifestações de esperança, por parte dos familiares, podem ser encaradas tanto como forma de ajudar a manter a esperança dos DO's, como um fator dificultador do desenvolvimento de esperanças realistas. Da análise deste estudo, depreende-se ainda que a dor não controlada, física e psicológica, ou a incapacidade física são razões para a desesperança, sendo que a resolução da dor aguda promove a esperança e aceitação.

The relationships among hope, pain, psychological distress, and spiritual well-being in oncology outpatients (Rawdin, Evans & Rabow, 2013).

Na análise efetuada sobre este estudo, que procura investigar a relação entre esperança e dor associada à doença oncológica, emerge que os fatores psicossociais da experiência de dor têm maior influência no nível de esperança do que a efetiva intensidade da dor. Quanto às variáveis demográficas estudadas, apenas o nível de educação revelou ter influência nas pontuações no Herth Hope Index (HHI), sendo que aqueles que dispõem de formação superior têm maiores pontuações no HHI. Dos fatores psicossociais, a

depressão e ansiedade influenciam negativamente o nível de esperança, ao contrário do bem-estar espiritual que aparenta aumentar este nível; sendo considerado, pelos autores, que a depressão e o bem-estar espiritual são preditores de esperança estatisticamente significativos. Importa ainda referir que, a metastização da doença, não se revelou influente nas pontuações no HHI.

Esperança e o sofrimento no doente oncológico paliativo (Ramos, 2013).

O estudo pretende conhecer como os DO's paliativos vivenciam a esperança e o sofrimento, e a possível existência de uma relação entre estas duas dimensões numa situação de doença grave e sem perspectiva de cura. Verifica-se que fatores como idade, estado civil, contexto familiar, crenças religiosas/espirituais, tempo de doença, sofrimento físico, habilitações literárias e situação laboral ou incapacidade para o trabalho não têm relevância significativa no nível de esperança. No entanto, a esperança pode atuar como mecanismo de coping no alívio do sofrimento. Dos resultados surge que a humanização dos cuidados promove intervenções que vão de encontro às necessidades da pessoa, fomentando a sua autoestima e incutindo esperança.

Hope, quality of life, and benefit from treatment in women having chemotherapy for platinum-resistant/refractory recurrent ovarian cancer: the gynecologic cancer intergroup symptom benefit study (Sjoquist et al., 2013).

Esta investigação pretende determinar a relação entre a esperança, expectativa da melhoria dos sintomas com o tratamento de QT, ansiedade e depressão; a relação entre a esperança e a percepção da eficácia da QT; e a relação entre as expectativas não concretizadas e a depressão. Verifica-se que a maioria dos doentes continuam o tratamento com o intuito de minimizar os sintomas, sendo que, aqueles que apresentam maior discrepância entre a expectativa de melhoria dos sintomas e a experiência desse benefício, são mais suscetíveis de ter níveis altos de depressão. A expectativa da melhoria de sintomas está relacionada com a percepção dessa melhoria, no entanto, quando

controlados os níveis de ansiedade e depressão, os quais têm influência negativa no nível de esperança, a correlação deixa de ser significativa. Destaca-se ainda que o bem-estar psicológico pode ter influência no nível de esperança e que, dar informação honesta e realista, pode ser mais eficaz para aumentar a compreensão realista do prognóstico e benefícios potenciais do tratamento, mantendo a esperança.

Hope in newly diagnosed cancer patients (Duggleby, Ghosh, Cooper & Dwernychuk, 2013).

Com os objetivos de avaliar a relação entre a esperança, a dor, a energia e as características psicológicas e sociais do DO recém-diagnosticado, deste estudo infere-se que o estadio da doença, a intensidade da dor, a energia e sentir-se ansioso e saturado não têm relevância sobre os níveis de esperança. Pelo contrário, a idade aparenta ter influência no nível de esperança, assim como a depressão (numa análise univariada).

Efficacy of group meaning centered hope therapy of cancer patients and their families on patients' quality of life (Farhadi, Reisi-Dehkordi, Kalantari e Zargham-Boroujeni, 2014).

Este estudo experimental pretende avaliar a eficácia da terapia de grupo centrada na esperança, aplicada a DO's em estadio I e suas famílias, na qualidade de vida (QdV) dos DO's. Esta terapia, centrada na esperança, consiste numa sessão semanal, de 90 min, durante 8 semanas, para três grupos, o de controlo (aplicada apenas terapia convencional), o dos doentes e o dos familiares, aos quais foi aplicado um questionário de QdV antes e após cada sessão. Desta intervenção resulta um impacto positivo na QdV dos doentes, quando comparado com o grupo controlo. Este impacto verifica-se ainda quando a terapia é aplicada ao grupo de doentes ou ao grupo de familiares, aumentando a QdV dos doentes.

Exploring hope and healing in patients living with advanced non-small cell lung cancer (Eustache, Jibb e Grossman, 2014).

Este estudo qualitativo pretendem explorar as experiências e crenças sobre esperança em relação

ao processo de cura emocional de DO's em estadio III e IV. Dos resultados emerge que os avanços da medicina definem expectativas e providenciam histórias promotoras de esperança que aparentam ter um efeito positivo contínuo no processo de construção de esperança, o qual só é possível quando o DO deixa de se focalizar no passado. Após o diagnóstico, os doentes vivenciam um processo de reconstrução de esperança, associando-o a quatro categorias: enfrentar a realidade da doença, a esperança associada à condição de doença, fatores que reformulam as noções de esperança e fatores que perturbam a esperança. Ao enfrentar a realidade do diagnóstico e a aceitar a possibilidade da morte, os DO's esperam maximizar as suas experiências de vida, evidenciando que podiam continuar a ter esperança enquanto a sua doença estava estável ou melhorada e que esta diminuía durante a sua progressão. Para eles, receber tratamento ativo, refletir sobre as dificuldades ultrapassadas, focalizar-se nos aspetos positivos e incorporar atividades da sua vida antes do diagnóstico, são considerados fatores que permitem a melhoria da perceção de esperança e a promoção de empoderamento, existindo um ciclo de feedback positivo entre a esperança e o bem-estar. Por outro lado, foram identificados, pelos doentes, como fontes de incerteza e desesperança, a falta de apoio instrumental (mudança de tratamentos, progressão da doença, dificuldade em receber participação dos medicamentos) e a falta de apoio emocional (falta de empatia por parte dos profissionais de saúde ou a falta de positivismo e sensibilidade por parte das suas redes de suporte social). No processo de reestruturação da esperança aparentam emergir quatro temas comuns: a esperança destruída; a tentativa da nova conceção de esperança; a reconstrução a esperança no contexto de doença ameaçadora da vida e o fortalecimento a relação entre esperança e bem-estar. Na primeira etapa, o diagnóstico e o tempo que imediatamente o procede, é descrito como um período desprovido de esperança, sendo esta é descrita em três categorias: as grandes perdas (conceção do "eu"; esperança no futuro; mecanismo de coping); marasmo emocional (descrença e negação); e, desafios para

reconstruir a esperança (fatores que aparentam piorar o seu marasmo emocional e sentimentos de perda). Ainda nesta fase, os DO's consideram que a mortalidade e o mau prognóstico são os dois elementos mais destrutivos de esperança. Na segunda etapa, os doentes aparentam oscilar entre a esperança de voltar à sua vida saudável e encontrar novas razões de esperança para o futuro. No entanto, apesar da vontade de voltar à sua vida pré diagnóstico, os doentes referem atingir um ponto de exaustão, pela preocupação excessiva com o diagnóstico, o que os leva a contrariar o marasmo emocional. Os doentes encaram ainda o seu estado de bem-estar atual como um contexto que lhes permite ter esperança e atingir objetivos a curto prazo, descrevendo um conjunto de formas de proteger a sua esperança reconstruída: refletir ativamente sobre o processo e as mudanças que fizeram nas suas vidas, manter um mundo interior positivo, bloqueando os aspetos negativos e procurar ativamente um estado de espírito positivo, destacando a importância de se rodearem de relações autênticas e verdadeiras. Tendo em conta que os DO's consideram primordial a necessidade de proteger a sua esperança, uma abordagem holística e centrada no doente permite-lhe sentir que as suas esperanças são protegidas, razão pela qual a esperança profissionalmente facilitada é um fator crítico de mudança.

Hope of cancer patients -- research in the context of chemotherapy (Wakiushi, Marchi, Norvila, Marcon & Sales, 2015).

Da investigação, que tem como objetivo avaliar o nível de esperança em DO's no início e no final do tratamento de QT e verificar os fatores associados nos dois momentos, sugere-se que, das variáveis demográficas estudadas a única com associação estatisticamente significativa com a esperança foi a escolaridade, já que, os doentes com mais de oito anos de estudo apresentam maiores níveis de esperança, no primeiro e segundo momentos. Relata-se também que, doentes com diagnóstico igual ou inferior a 6 meses, têm menores níveis de esperança que doentes diagnosticados há mais de 6 meses, embora este resultado não tenha relevância estatística. Doentes sem metástases e com menor

grau de dor apresentam pontuações mais altas no HHI, assim como doentes que estão a realizar o primeiro tratamento têm pontuações mais altas que doentes que tenham realizado tratamento anterior. Verifica-se ainda uma diferença no nível de esperança associado ao carácter do tratamento pois, doentes em que o tratamento tem um carácter curativo, têm maiores níveis de esperança, em comparação com doentes a realizar tratamento de carácter paliativo. Este estudo conclui também que não existe aumento significativo do nível de esperança dos doentes entre os dois momentos avaliados.

The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy (Heidari e Ghodusi, 2015).

Neste estudo os DO's foram submetidos a mastectomia, sem possibilidade de reconstrução mamária; por isso, pretende-se objetivo de determinar a relação entre a apreciação corporal, esperança e saúde mental. Os resultados demonstram uma associação positiva entre a apreciação do corpo, esperança e saúde mental, sendo que a estima corporal é aquela que tem maior influência no nível de esperança. No geral, os DO's apresentam baixa estima corporal uma vez que, a mastectomia parece afetar o funcionamento físico e ter um impacto negativo a nível emocional, psicológico e social. As atitudes sociais negativas e a sua interiorização afetam o valor do corpo para mulheres com cancro da mama. Desta amostra, 49% apresentavam níveis médios de esperança.

DISCUSSÃO

Após a análise de conteúdo da evidência científica, foram identificados, pelos autores, variáveis que influenciam a esperança dos DO's. Para melhor compreensão dos resultados, estas variáveis foram agrupadas em três categorias, de acordo com a categorização encontrada nos estudos: variáveis demográficas, clínicas e psicossociais.

Variáveis Demográficas

Dos estudos analisados, três, realizados no Irão (n=150), Polónia (n=50) e Portugal (n=70), afirmam que a correlação entre a idade e a esperança não é estatisticamente significativa (Abdullah-Zadeh et al., 2011; Wnuk et al., 2012; Ramos, 2013). No entanto, num estudo realizado no Canadá, com uma amostra de 310 DO's, foi identificada uma correlação inversa significativa entre a idade e a esperança. Os mesmos autores revelam ainda que DO's com mais de 65 anos têm menores níveis de esperança do que aqueles que têm menos de 65 anos (Duggleby et al., 2013).

Ainda de acordo com o estudo de Duggleby et al. (2013), em que 58,5% da amostra eram do género masculino, os homens apresentam maiores níveis de esperança quando comparados com as mulheres. Também Ramos (2013) estudou a influência do género no nível de esperança dos DO's, concluindo que esta é semelhante entre géneros, apesar da percentagem de indivíduos do género masculino ser menor (48,6%).

Ramos (2013) estudou também a influência das habilitações literárias no nível de esperança e, numa amostra de 70 DO's, em que 25,7% têm habilitações literárias correspondentes ao ensino secundário ou superior, não verificou correlação estatisticamente significativa entre ambas. Contudo, um estudo realizado no Brasil (N=60), comprova que DO's com mais de oito anos de estudos (52%) apresentam maiores níveis de esperança (Wakiushi et al., 2015).

Das variáveis demográficas, o estado civil (Abdullah-Zadeh et al., 2011; Ramos, 2013; Duggleby et al., 2013), a religião (Rawdin et al., 2013; Ramos, 2013) e a situação laboral (Abdullah-Zadeh et al., 2011; Ramos, 2013) não demonstram uma correlação estatisticamente significativa com o nível de esperança dos DO's.

Variáveis Clínicas

A aceitação implica uma compreensão realista do prognóstico e uma renúncia voluntária de esperanças inflexíveis ou irrealistas (Sachs et al., 2012). Os doentes tendem a enfrentar a realidade do diagnóstico e a aceitar a possibilidade da morte, enquanto esperam maximizar as suas experiências

de vida (Eustache et al., 2014), aproveitando o tempo com os entes queridos, a natureza e melhorando a sua adaptação aos objetivos de vida. É a aceitação do prognóstico da doença que permite aos doentes criarem estratégias de coping eficazes e desenvolverem esperanças realistas para o futuro (Sachs et al., 2012).

Segundo um estudo qualitativo, realizado no Canadá (n=12), o diagnóstico e o tempo que imediatamente o procede é descrito, pelos doentes, que se encontravam nos estádios III e IV, como um período desprovido de esperança. Os dois elementos considerados mais destrutivos de esperança foram: o enfrentar a mortalidade e o mau prognóstico, sendo que os doentes sentiam que podiam continuar a ter esperança, enquanto a sua doença estava estável ou melhorada, e que esta diminuía com a progressão da doença (Eustache et al., 2014). O estudo de Duggleby et al. (2013), acrescenta ainda, que o estadio da doença não é um fator com significância estatística nos níveis de esperança.

Wakiushi et al. (2015) e Rawdin et al. (2013) estudaram também a influência da presença de metástases nos níveis de esperança. Apesar dos primeiros autores concluírem que a existência de metástases, presente em 35% da amostra (n=60), influencia negativamente o nível de esperança; os segundos, com uma amostra ligeiramente maior (n=78), em que 66,7 % tinha doença metastizada, concluíram que não existe uma correlação estatisticamente significativa.

Fatores como o tipo de cancro (Abdullah-zadeh et al. 2011), o tempo de diagnóstico (Wnuk et al., 2012; Ramos, 2013); e o tratamento (Wnuk et al., 2012) não apresentam uma correlação estatisticamente significativa com o nível de esperança. Apesar dos níveis de esperança de doentes que realizaram tratamento anterior serem menores do que aqueles que estão a realizar o primeiro tratamento e do tratamento ativo ser considerado, pelos doentes, como um factor que contribui para a melhoria da esperança, não se verificaram correlações estatisticamente significativas (Sjoquist et al., 2013; Wakiushi et al. (2015). Contudo, Wakiushi et al. (2015), acrescentam que existe uma diferença significativa

no nível de esperança de DO's a realizar tratamento curativo ou paliativo, sendo que, aqueles que realizam tratamento curativo, têm maiores níveis de esperança.

A dor não controlada ou a incapacidade física são fatores que podem levar a sentimentos de desesperança e a sua resolução promove a esperança e aceitação (Sachs et al., 2012).

Segundo os estudos de Rawdin et al. (2013) e Wakiushi et al. (2015), realizados nos EUA e Brasil, respetivamente, DO's que sentem um menor grau de dor possuem maiores níveis de esperança, implicando que a intensidade da dor tem uma correlação negativa com a esperança. Porém, o estudo de Duggleby et al. (2013), cuja amostra é significativamente maior, demonstra que não há correlação estatisticamente significativa entre a esperança e a intensidade da dor, o que vai ao encontro do estudo de Ramos (2013), que refere não existir correlação significativa entre o sofrimento físico (dor, desconforto e perda de vigor físico) e a esperança. No entanto, Rawdin et al. (2013) acrescentam que os fatores psicossociais da experiência de dor têm maior influência no nível de esperança do que com a efetiva intensidade da dor, influenciando as suas crenças, atitudes e interpretações acerca da mesma.

Importa referir que os dados supracitados não foram obtidos através dos mesmos instrumentos de avaliação da dor. Rawdin et al. (2013) utiliza a Brief Pain Inventory, que avalia a intensidade da dor e a sua interferência nas atividades de vida diárias; Wakiushi et al. (2015) utilizam a Escala Visual Numérica, para avaliar a intensidade da dor; enquanto que Duggleby et al. (2013) recorreram à Pain Intensity Scale, que avalia a intensidade da dor numericamente e Ramos (2013) ao Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença que permite avaliar a intensidade da experiência subjetiva de sofrimento na situação de doença no global, assim como nas suas cinco dimensões (sofrimento físico, sofrimento psicológico, sofrimento existencial, sofrimento sócio-relacional e experiências positivas do sofrimento).

Duggleby et al. (2013) não identificaram correlação significativa entre a energia e a

esperança. No entanto, no estudo desenvolvido por Shun et al. (2011), citando Lee (2001), é referido que a energia emerge como um atributo da esperança, sendo que a falta dela, é considerada uma das manifestações de fadiga. Desta forma, os autores procuraram debruçar-se sobre a influência da fadiga (intensidade, duração e percepção) nos níveis de esperança. Deste estudo concluiu-se que, existe uma correlação negativa pouco significativa, entre a intensidade da fadiga e a esperança; contudo, entre o nível de esperança e a duração e percepção da fadiga, a correlação negativa é estatisticamente significativa. Acrescenta ainda que, a interferência da fadiga na relação com os outros, tem uma correlação negativa significativa com o nível de esperança.

Variáveis Psicossociais

O bem-estar psicológico e o espiritual estão positivamente correlacionados com os níveis de esperança, sendo este último considerado um preditor de esperança estatisticamente significativo (Sjoquist et al., 2013; Rawdin et al., 2013). Os doentes destacam a importância do bem-estar geral na esperança identificando esta relação como um ciclo de feedback positivo (Eustache et al., 2014).

Também a felicidade mostrou ter impacto significativo nos níveis de esperança dos DO's, sendo que o estudo de Wnuk et al. (2012) revela uma correlação positiva entre a esperança e a felicidade com a vida passada e atual, bem como com a antecipação da satisfação com a vida. Ainda segundo estes autores, a avaliação da vida até ao momento e o propósito com a vida, estão correlacionados positivamente com a esperança. Eustache et al. (2014) acrescentam que o facto dos doentes refletirem sobre as dificuldades ultrapassadas e se focalizarem nos aspetos positivos da vida, promove sentimentos de esperança e empoderamento. Uma vez que, ao deixarem de se focalizar no passado, os doentes encontraram novos alicerces para reconstruir a sua esperança e capacidade de olhar em frente, ao contrário de se manterem presos entre um passado destruído e um futuro incerto.

Heidari e Ghodusi (2015) encontraram uma correlação positiva significativa entre a apreciação

do corpo, esperança e saúde mental, sendo que a relação entre a estima corporal e a esperança é mais significativa. Este estudo, desenvolvido em doentes que realizaram mastectomia, há menos de 6 meses, e que não pôde ser reconstruída, refere que as atitudes sociais negativas e a sua interiorização afetam o valor do corpo para mulheres com cancro da mama, que os doentes têm baixa estima corporal, e que a mastectomia parece afetar não só o funcionamento físico mas também ter um impacto negativo a nível emocional, psicológico e social.

A expectativa da melhoria de sintomas está significativamente correlacionada com a perceção da mesma, no entanto, quando controlados os níveis de ansiedade e depressão, esta correlação deixa de ser estatisticamente significativa. Os DO's com maior discrepância entre a expectativa de melhoria dos sintomas e a experiência desse benefício são mais suscetíveis de ter níveis elevados de depressão. A ansiedade e depressão estão negativamente correlacionadas com a esperança, mesmo antes de iniciar a quimioterapia paliativa (Sjoquist et al., 2013), sendo a depressão considerada um preditor de esperança estatisticamente significativo (Rawdin et al., 2013).

Wnuk et al., 2012, não identificaram correlação estatisticamente significativa com o apoio psicológico no passado ou presente, número de amigos ou sentir-se só. Contudo, e ainda, de acordo com os mesmos autores, sentir-se amado contribui positivamente para ter esperança.

Ramos (2013) e Abdullah-Zadeh et al. (2011) referem não existir correlação significativa entre o apoio e contexto familiar e os níveis de esperança, no entanto, Eustache et al. (2014), no seu estudo qualitativo, relatam que os doentes identificaram como fontes de incerteza e desesperança a falta de apoio emocional, por parte dos profissionais de saúde e das suas redes de suporte social.

Contributos do Enfermeiro na Manutenção e Promoção da Esperança no Doente Oncológico

Sjoquist et al. (2013) consideram que uma abordagem holística, centrada no doente, lhe permite sentir que a sua esperança é protegida e,

segundo Eustache et al. (2014) esta é considerada, pelos DO's, uma necessidade primordial.

A humanização dos cuidados promove intervenções que vão ao encontro das necessidades da pessoa, fomentando a sua autoestima e incutindo esperança (Ramos, 2013). São os enfermeiros que detêm uma posição privilegiada para educar os doentes e as suas famílias, bem como providenciar apoio emocional (Heidari & Ghodusi, 2015). Histórias promotoras de esperança e expectativas, providenciadas pelos avanços da medicina (Eustache et al., 2014), assim como programas de aconselhamento e níveis adequados de cuidados de enfermagem melhoram os níveis de esperança dos DO's, reforçando a importância do papel do enfermeiro (Abdullah-Zadeh et al., 2011).

Segundo Eustache et al. (2014), os DO's reaprendem a ter a esperança, associando-a a quatro categorias: enfrentar a realidade da doença; a esperança associada à condição de doença; fatores que reformulam as noções de esperança e, fatores que perturbam a esperança. Este processo de reestruturação da esperança aparenta ter quatro temas em comum. Inicialmente, aquando do diagnóstico, o DO sente a sua esperança destruída, fase em que vive as grandes perdas (conceção do eu, esperança no futuro e mecanismos de coping); o marasmo emocional (descrença e negação) e os desafios para reconstruir a esperança (fatores que aparentam piorar o seu marasmo emocional e sentimentos de perda). De seguida, o DO depara-se com a tentativa de uma nova conceção de esperança, a qual oscila entre a vontade de voltar à sua vida saudável e encontrar novas razões de esperança para o futuro. Apesar da vontade de voltar à sua vida pré-diagnóstico, os DO's referiram atingir um ponto de exaustão, pela preocupação excessiva do diagnóstico, o que leva contrariar o marasmo emocional, encarando o seu estado de bem-estar atual como um contexto que lhes permite ter esperança e atingir objetivos a curto prazo. Estes descrevem como estratégias de proteger a sua esperança: refletir ativamente sobre o processo e as mudanças que fizeram nas suas vidas; manter um mundo interior positivo, bloqueando os aspetos negativos e procurar ativamente um estado de espírito positivo; e

destacando a importância de se rodearem de relações autênticas e verdadeiras. Posteriormente, o DO reconstrói a esperança no contexto de doença ameaçadora da vida, culminando numa última fase em que fortalece a relação entre esperança e bem-estar.

Ainda de acordo com o mesmo estudo, os doentes identificam como fontes de incerteza e desesperança: a falta de apoio instrumental, na mudança de tratamentos, progressão da doença, dificuldade em receber participação dos medicamentos; e a falta de apoio emocional pela ausência de empatia por parte dos profissionais de saúde. Desta forma o autor concluiu que uma esperança profissionalmente facilitada é um factor crítico de mudança.

Corroborando esta informação, Rustoen et al. (2011) ao desenvolverem um estudo sobre a influência do HOPE-IN (hope intervention) nos níveis de esperança e sofrimento psicológico, concluíram que 80% dos participantes tinham uma relação positiva com o enfermeiro dinamizador e 95% dos participantes consideraram que o HOPE-IN foi “muito” ou “bastante útil” na promoção de esperança. Também para esta promoção, contribui a capacidade do profissional de saúde fornecer informação honesta e realista, a qual aumenta a compreensão realista do prognóstico e benefícios potenciais do tratamento, mantendo a esperança (Sjoquist et al., 2013). Esta manutenção favorece a qualidade de vida, facto que é corroborado pelo estudo de Farhadi et al. (2014) que, na realização de terapia centrada na esperança, provou existir um aumento da qualidade de vida dos DO's.

CONCLUSÃO

A esperança, como força promotora da vida, é particularmente importante no

confronto da pessoa com doença oncológica. A evidência científica expõe a sua importância, defendendo que são inúmeros os factores que interferem no continuum esperança/desesperança. Desta forma, ao refletir sobre esta temática, emerge a necessidade de conhecer a problemática que envolve estes doentes, nomeadamente as variáveis que interferem nos níveis de esperança e a forma como o enfermeiro pode contribuir para a

sua manutenção e promoção.

Com o objetivo de responder à primeira questão “Quais as variáveis que influenciam os níveis de esperança no DO?”, conclui-se que existe uma enorme multiplicidade de variáveis que influenciam a esperança do DO. Não existe uma unanimidade quanto ao número de variáveis e a forma como estas interferem na esperança do DO, por isso foi necessário agrupá-las por categorias. Das variáveis demográficas, ser do género masculino, ter menos de 65 anos e ter mais habilitações literárias são características que parecem estar associadas a maiores níveis de esperança. Quanto às variáveis clínicas depreende-se que aceitação e compreensão do diagnóstico e prognóstico são essenciais ao desenvolvimento de expectativas realistas para a definição de objetivos de vida futuros. Depreende-se também que, embora o estadió da doença e a presença de doença metastizada não tenham interferência no nível de esperança, a progressão da doença parece estar associada a menores níveis de esperança. Coloca-se, ainda, a hipótese de que as experiências subjetivas de dor e da duração e percepção da fadiga possam estar associadas a diferentes níveis de esperança. Por fim, quanto às variáveis psicossociais, o bem-estar psicológico e espiritual, a felicidade, propósito com a vida, antecipação da satisfação com a mesma, apreciação positiva do corpo, expectativa da melhoria dos sintomas e a sensação de se sentir amado promovem a esperança, ao contrário da ansiedade e depressão que diminuem o nível de esperança. As estratégias de coping identificadas como a capacidade de reflexão sobre as dificuldades ultrapassadas e desfocalização da doença são os meios de promover sentimentos de esperança e empoderamento.

De forma a responder à segunda questão “Qual o papel do enfermeiro na manutenção e promoção da esperança no DO?”, conclui-se que o DO tem a necessidade de obter informação clara e concisa, por parte dos profissionais de saúde, para que possa definir objetivos claros e realistas. Assim sendo, o enfermeiro tem um papel crucial no acompanhamento do doente nesta jornada pois, a sua intervenção de instilar esperança, é fundamental no plano de cuidados. Com esta

intervenção o enfermeiro contribui para a melhoria da qualidade de vida destes doentes. Para tal, é importante que ao longo do percurso da doença, avalie as estratégias desenvolvidas pelo doente na manutenção e promoção da esperança e seja capaz de intervir atempadamente se identificar sinais de oscilações nos níveis de esperança que, eventualmente, possam intervir negativamente na vida do doente. Infere-se ainda que uma intervenção empática, educada, culturalmente sensível, já que a esperança é uma temática transversal a diferentes culturas, baseada na dignidade e no respeito, focada na individualidade de cada doente, promove e ajuda na manutenção e promoção de esperança.

Há ainda a referir algumas limitações na abordagem do tema, como a falta de evidência científica que compile e correlacione todas as variáveis que influenciam o nível de esperança no DO, utilizando os mesmos instrumentos de avaliação.

Para estudos futuros, sugere-se a análise da influência da cultura na esperança, uma vez que, dos treze estudos analisados, provenientes de diferentes partes do mundo, nenhum aborda a influência da dimensão cultural no nível de esperança. Seria importante que esses estudos abordassem um número de amostras semelhantes, utilizando os mesmos instrumentos de avaliação.

BIBLIOGRAFIA

- Abdullah-zadeh, F., Agahosseini, S., Asvadi-Kermani, I., Rahman, A. (2011). Hope in Iranian cancer patients. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(4), 288-291.
- Direção Geral da Saúde: Direção de Serviços de Informação e Análise. (2016) Portugal – Doenças Oncológicas em números – 2015. Lisboa, Portugal: Autor.
- Duffault, K., Martocchio, B. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Duggleby, W., Ghosh S., Cooper, D., Dwernychuk, L. (2013). Hope in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 46(6), 661-670. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.12.004. Epub 2013 Mar 25.
- Brito, L. (Coord.). (2016). *Ensino Clínico Opcional em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria: Guia Orientador*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). *Guia de Elaboração dos Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal: Conselho Pedagógico.
- Eustache, C., Jibb, E., Grossman, M. (2014). Exploring hope and healing in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum* 41(5), 497-508.
- Farhadi, M., Reisi-Dehkordi, N., Kalantari, M., Zargham-Boroujeni, A. (2014). Efficacy of group meaning centered hope therapy of cancer patients and their families on patients' quality of life. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(3), 290-294.
- Heidari, M., Ghodusi, M. (2015). The relationship between body esteem and hope and mental health in breast cancer patients after mastectomy. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), 198-202. doi: 10.4103/0973-1075.156500.
- Highwater, J. (1992). *Mito e Sexualidade*. São Paulo: Saraiva.
- Querido, A. I. F. (2005). *A esperança em cuidados paliativos*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Portugal.
- McClement, S. Chochinov, H (2008) Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*. 2008 May;44(8):1169-74. doi: 10.1016/j.ejca.2008.02.031
- Pereira, M. G., Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. (11^a ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores
- Pinto, S. M. O. (2011). *A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica – Estudo numa população de doentes em quimioterapia*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Ramos, C. S. A. (2013). *A esperança e o sofrimento no doente oncológico paliativo*. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.
- Rawdin, B., Evans, C., Rabow, M. W. (2013).

The relationship among hope, pain, psychological distress, and spiritual well-being in oncology outpatients. *Journal of Palliative Medicine*, 16(2), 167-172. doi: 10.1089/jpm.2012.0223.

Roman, A., Friedlander, M. (1998). REVISÃO INTEGRATIVA DE PESQUISA APLICADA À ENFERMAGEM. *Cogitare Enfermagem*, 3(2), 109-112. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44358>

RORENO. (2010). Registo Oncológico Nacional 2010. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil - EPE, ed. Porto, 2016. Recuperado de: http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional_2010.pdf.

Rustoen T., Cooper B. A., Miaskowski, C. (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 351-357. doi: 10.1016/j.ejon.2010.09.001. Epub 2010 Sep 25.

Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2012). On sinking and swimming: the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30(2), 121-127. doi: 10.1177/1049909112445371. Epub 2012 May 2.

Silva, C. C. G. (2011). Cuidar a pessoa com doença crónica e incapacitante: do hospital para o domicílio sob o olhar da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. (Dissertação de Mestrado). Instituto das Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Sjoquist, K. M., Friedlander, M. L., O'Connell, R. L., Voysey, M., King, M. T., Stockler, M. R.; Butow, P. N. (2013). Hope, quality of life, and benefit from treatment in women having chemotherapy for platinum-resistant/refractory recurrent ovary cancer: the gynecologic cancer intergroup symptom benefit study. *The Oncologist*, 18(11), 1221-1228. doi: 10.1634/theoncologist.2013-0175. Epub 2013 Oct 9.

Shun, SC., Hsiao, FH., Lai, YH. (2011). Relationship between hope and fatigue characteristics in newly diagnosed outpatients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), E81-E86. doi: 10.1188/11.ONF.E81-E86.

Wakiuchi, J., March, J. A., Norvila, L. S., Marcon, S. S., Sales, C. A. (2015). Hope of cancer patients undergoing chemotherapy. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 202-208. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500035>.

Wnuk, M., Marcinkowski, J. T., Fobair, P. (2012). The relationship of purpose in life and hope in shaping happiness among patients with cancer in Poland. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(4), 461-483. doi: 10.1080/07347332.2012.684988.

A INTERVENÇÃO HUMOR EM ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE ORTOPEDIA: ESTRATÉGIAS E BENEFÍCIOS

Carla Filipa Múrias dos Santos⁽¹⁾; Luís Manuel Mota de Sousa ⁽²⁾; Maria Leonor Carvalho⁽³⁾;
Sandy Silva Pedro Severino⁽⁴⁾; Helena Maria Guerreiro José⁽⁵⁾



Resumo

Objetivo: conhecer as estratégias e benefícios da intervenção humor em enfermagem num serviço de ortopedia. **Materiais e Métodos:** pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva, realizada num serviço de ortopedia de um hospital de Lisboa, no período de julho e agosto de 2013. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas. A análise foi baseada em Bardin. **Resultados e Discussão:** emergiram duas categorias, a intervenção humor e os benefícios da intervenção. Evidenciou-se os cuidados a ter na avaliação inicial, planeamento, implementação desta intervenção e seus benefícios indirectos e directos. **Considerações Finais:** à semelhança de outras intervenções, o humor segue o raciocínio clínico de enfermagem e quando aplicado adequadamente tem benefícios na saúde e bem-estar dos doentes.

Descritores: Senso de humor e humor como assunto; Cuidados de enfermagem; Enfermagem.

Abstract

THE HUMOR INTERVENTION IN NURSING AT AN ORTHOPEDIC WARD: STRATEGIES AND BENEFITS

Objective: to know strategies and benefits of the nursing intervention humor in an orthopedic ward. **Materials and Methods:** search with a qualitative and descriptive approach, performed in an orthopedic ward of a Lisbon hospital, during July and August 2013. Semi-structured interviews were applied. The analysis was based on Bardin. **Results and Discussion:** two categories emerged, the humor intervention and the benefits of the intervention. The care required during the initial evaluation, planning, implementation of the intervention and its direct and indirect benefits were evidenced. **Final considerations:** similarly to other interventions, humor follows the clinical judgment of nursing and when it is applied adequately, they are benefits to the patient's health and wellbeing.

Descriptors: Wit and humor as topic ; Nursing care; Nursing.

Resumen

LA INTERVENCIÓN HUMOR EN ENFERMERÍA: ESTRATEGIAS Y BENEFÍCIOS EN ORTOPEDIA

Objetivo: conocer las estrategias y beneficios de la intervención humor en enfermería en el servicio de ortopedia. **Materiales y Metodología:** la investigación con enfoque cualitativo y descriptivo, realizado en el servicio de ortopedia en un hospital de Lisboa, entre julio y agosto de 2013. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas. El análisis se basó en Bardin. **Resultado y Discusión:** emergieron dos categorías, la intervención del humor y los beneficios de la intervención. Se demostraron los cuidados a realizar en la evaluación inicial, planificación, implementación de dicha intervención y sus beneficios directos e indirectos. **Consideraciones finales:** al igual que otras intervenciones, el humor sigue el razonamiento clínico de la enfermería y cuando se aplica correctamente tiene beneficios en la salud y el bienestar de los pacientes.

Descritores: Ingenio y humor como asunto; Atención de enfermería; Enfermería.

Recebido em Junho 2016. Aceite em Julho 2016.

⁽¹⁾ Enfermeira

⁽²⁾ Mestre, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Hospital Curry Cabral do Centro Hospitalar Lisboa Central. Professor Assistente na Universidade Atlântica. Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

⁽³⁾ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

⁽⁴⁾ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira no Hospital Curry Cabral, do Centro Hospitalar Lisboa Central.

⁽⁵⁾ Doutora em Enfermagem, Diretora da Escola de Saúde Multipfíl, Luanda, Angola, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Investigadora do CHS e Scholar of the European Academy of Nursing Science.

INTRODUÇÃO

A intervenção humor em enfermagem tem sido objecto de estudo nas últimas décadas, o que permitiu verificar benefícios para a saúde e bem-estar dos clientes.¹ Esta intervenção que está integrada na *Nursing Interventions Classification* (NIC)² e na Classificação Internacional de apoio à Prática de Enfermagem, versão 2 (CIPE®)³ como intervenção e recurso. Na NIC, a intervenção humor, pertence ao Nível 1 (Domínio), código 3 Comportamental, Nível 2 (Classe), código R Assistência no enfrentamento e Nível 3 (intervenções), código 5320 Humor, com 15 atividades previstas². Além disso, nos diagnósticos da *North American Nursing Diagnosis Association Internacional* (NANDA – I) esta intervenção é sugerida em 7 diagnósticos e opcional em 20 diagnósticos.

Apesar da longa discussão que se tem feito no âmbito do humor, da sua natureza, fatores que o influenciam, propósitos e benefícios, a definição de humor não tem sido consensual.⁴

O raciocínio clínico está presente em todas as ações e decisões assistenciais do enfermeiro, designadamente, no diagnóstico dos fenómenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados alcançados⁵, logo, este também está presente na intervenção humor. Neste sentido, é necessário avaliar o tipo de humor apreciado pela pessoa, a sua receptividade, o horário, aspetos em que se mostra sensível² e se as circunstâncias são adequadas.⁶ Na implementação o enfermeiro pode seleccionar inúmeros recursos, especialmente material humorístico que desperte interesse na pessoa, jogos, desenhos, piadas, vídeos, gravações, livros e outros materiais humorísticos, incoerências que surgem numa situação², analogias, anedotas, brincadeiras, comunicação verbal e não-verbal, filmes/programas cómicos, histórias engraçadas, livros cómicos, música, piadas, nariz vermelho, picadelas de olhos,⁴ colocar legendas ou comentários sobre fotografias e utilizar adereços humorísticos disponíveis, sobretudo, narizes de esponja e botões de

humor.⁷ O enfermeiro deve monitorizar a resposta do pessoa e interromper a estratégia, se esta for ineficiente.²

A intervenção humor pode ter benefícios na saúde e na vida das pessoas, principalmente, na promoção do bem-estar, no ajustamento perante situações difíceis, na redução da tensão, do estresse e do desconforto; no aumento da tolerância à dor e, fortalecimento do sistema imunitário.¹

Para tanto, torna-se relevante conhecer os recursos e atividades utilizadas na intervenção humor, assim como os seus benefícios para o doente, na perspectiva dos enfermeiros de um serviço de ortopedia, o que nos leva a questionar sobre: Quais são as estratégias e os benefícios da intervenção humor em enfermagem num serviço de ortopedia, na ótica dos enfermeiros? Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo conhecer a as estratégias e benefícios da intervenção humor em enfermagem num serviço de ortopedia na perspectiva dos enfermeiros.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, do qual participaram onze enfermeiros entre Julho e Agosto de 2013. Os critérios para inclusão foram: utilizar humor no seu agir profissional e ter pelo menos 5 anos de experiência profissional.

A colheita de dados foi iniciada após autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa. De acordo com o regulamento do centro hospitalar foi dispensado o parecer da Comissão de Ética, por não envolver doentes. Foram respeitados os princípios éticos descritos na Declaração de Helsinki, especificamente, a privacidade, a confidencialidade, o consentimento informado livre e esclarecido, assim com a possibilidade de interromper a entrevista, caso o desejasse. O consentimento foi obtido de forma livre e esclarecida, e cada praticante assinou a autorização após ter lido a carta explicativa e objectivos da pesquisa.

Os dados para este estudo foram colhidos

por meio de entrevista individual, previamente agendada com cada enfermeiro que concordou em participar do estudo. Foram realizadas em local reservado e com uma duração de aproximadamente 20 minutos. Utilizou-se entrevista semiestruturada, com o uso de gravador digital e posterior transcrição na íntegra. A análise dos dados teve como referencial metodológico, a técnica de análise de conteúdo de Bardin.⁸ Neste sentido, na primeira fase, foi realizada a pré-exploração do material, através de uma leitura “flutuante” que teve como objetivo estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, buscando impressões e orientações. Na fase seguinte, passámos à exploração do material. Nesta etapa de codificação, foram feitos recortes em unidades de registo e de contexto. De seguida, foi realizada a categorização que corresponde a uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento. Para manter o anonimato as entrevistas foram codificadas com EM (masculino) e EF (feminino). No texto surgem E seguida do número da entrevista, M ou F se masculino ou feminino e após o número da unidade de registo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra desta pesquisa foi constituída por 11 enfermeiros, 6 enfermeiras e 5 enfermeiros que trabalham num serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar de Lisboa e que utilizam diariamente o humor na prestação de cuidados de enfermagem. A média de idade é de 35 anos com um desvio em torno da média de 4,8 anos. A média de anos de experiência profissional é de 11,8, com um desvio padrão de 4 anos.

Da análise emergiram duas categorias: a intervenção humor e benefícios da intervenção humor.

Intervenção humor

Na categoria *intervenção humor* sugeriram quatro subcategorias, avaliação e planeamento, fatores que influenciam o humor, estratégias e recursos e limitações à utilização do humor.

Avaliação e planeamento

Os enfermeiros, antes de implementarem a intervenção humor, devem fazer uma avaliação da pessoa e planeamento da intervenção. A subcategoria *avaliação e planeamento* é constituída pelas unidades de contexto: o humor é individual, o humor pode ter várias interpretações, o que faz rir, avaliação da pessoa, avaliação das estratégias, criação das condições e reação ao humor.

Na unidade de contexto o humor é individual, como refere um depoimento:

[...] *grande parte adapta-se aquele doente, só aquele doente.* (E5F:26).

A intervenção humor para ser eficaz deve ser planeada e individualizada. A avaliação deve incluir a descoberta das preferências da pessoa relativamente aos estímulos humorosos específicos.⁹

A unidade de contexto o humor pode ter várias interpretações, apresenta algumas unidades de registo como:

É difícil definir a palavra humor; [...] (E2F:1)

[...] *é uma dimensão, digamos subjetiva pode ter várias interpretações* (E11M:5).

Neste sentido a intervenção humor pode ser interpretada de forma positiva ou negativa consoante a pessoa. O humor tal como é expresso pelo enfermeiro, pode induzir no pessoa simpatia devido a uma experiência semelhante ocorrida ou a uma frustração partilhada.⁹ O que é cómico para uma pessoa pode não ser para outra, pois o humor é situacional e paradoxal.¹

Na unidade de contexto o que faz rir, um dos participantes, afirma que é importante perceber em primeiro lugar o que o faz a rir, para depois avaliar o que faz rir o outro.

Em primeiro lugar faço uma reflexão sobre o que me faz rir (E10M:14).

O enfermeiro deve fazer uma autorreflexão neste âmbito e identificar o que o faz rir e relaxar, assim como, observar o que faz sorrir e rir os que estão à sua volta.¹⁰

A avaliação da pessoa é outra unidade de contexto, que é ilustrada pela unidade de registo:

Como qualquer intervenção de Enfermagem, tenho de avaliar a pessoa antes de intervir (E1M:14).

A avaliação deve incluir a descoberta das preferências da pessoa relativamente aos estímulos humorosos específicos.⁹

Na unidade de registo avaliação das estratégias, emergiu a ideia de que após a utilização de uma determinada estratégia humorística é importante avaliar se esta foi adequada para o pessoa ou não, como se pode verificar na unidade de registo:

No final faço sempre a avaliação, se houve resultados. Se a estratégia foi adequada. Se devo voltar a utilizar humor com aquela pessoa (E10M:31).

O enfermeiro deve avaliar qual o papel do humor na vida do doente e a que tipo de humor reage.⁶

Na unidade de contexto criação das condições, uma enfermeira diz que:

[...] o meu objetivo é criar um clima positivo e animado de forma a potenciar as capacidades individuais (E2F:10).

O enfermeiro deve ter em conta a cultura e as necessidades das pessoas, o contexto e o ambiente em que ocorre e o meio que o envolve, pois estes vão condicionar o estímulo humoroso e o seu utilizador.⁹

Na unidade de contexto reacção ao humor um enfermeiro afirma que tem de saber:

[...] como é que reage a situações engraçadas, anedotas, trocadilhos por exemplo (E10M:16).

O enfermeiro na avaliação da pessoa deve analisar como o doente reage aos tipos de humor mais utilizados ou desejados por esta.¹⁰

Fatores que influenciam o humor

A subcategoria *fatores que influenciam o humor* é constituída pelas seguintes unidades de contexto que emergiram dos dados das entrevistas: apreciar humor, contexto e situação adequados, momento adequado, tipo de personalidade e compreensão do humor.

A unidade de contexto apreciar humor é destacada pelo participante como um dos fatores que influencia esta intervenção:

Claro que não utilizo humor com todas as pessoas, é preciso saber se a tal pessoa gosta de humor, [...] (E1M:12).

Tenho sempre presente se a pessoa aprecia humor [...] (E10M:11).

Em pessoas com doença de Parkinson, a apreciação do humor está diminuída¹¹ e em situações de grande angústia, o humor pode não ser apreciado.¹

O contexto e a situação adequados é outra unidade de contexto, que emergiu dos discursos dos participantes:

Tenho sempre de conhecer o contexto da pessoa, [...] (E1M:16)

Se a situação da pessoa é adequada para usar humor ou não (E10M:19).

O momento adequado é reforçado pela unidade de registo:

[...] se aquele momento é adequado para fazer humor, [...] (E1M:18).

O participante afirma que existem momentos e período de tempo mais propícios à utilização do humor. No planeamento da intervenção o enfermeiro deve ter em consideração alguns aspetos que podem influenciar a intervenção, nomeadamente o meio ambiente onde se faz o humor (a quem se destina a intervenção) e o tempo (se o momento é adequado para fazer o humor).¹²

A personalidade é outro fator que influencia a utilização do humor. Os entrevistados referem que a utilização do humor depende:

[...] da personalidade da pessoa, [...] (E4M:6).

Pode ser uma característica da personalidade da pessoa como se pode verificar na seguinte unidade de registo:

[...] e o humor digamos que é uma característica própria da pessoa da personalidade da pessoa,[...] (E11M:29).

A personalidade influencia os estilos de humor e o tipo de humor apreciado.¹³⁻¹⁴

A compreensão do humor pode ser outro fator que influencia o humor. Um enfermeiro refere que:

[...] a pessoa pode não compreender o meu humor e pensar que estou a ser mal-educado ou rude mesmo,[...] (E4M:9).

Assim, o enfermeiro deve verificar a disposição do doente para o humor e se as circunstâncias são adequadas⁶, se compreende os comentários, piadas e as deixas.

Estratégias e recursos

Na subcategoria *estratégias e recursos* emergiu a partir das unidades de contexto: brincar, palhaçadas, piadas, anedotas, trocadilhos, surpresas, situações engraçadas, experiências pessoais, comentários, expressões espontâneas, música e filmes.

Brincar emergiu dos discursos como uma estratégia e recurso a utilizar na intervenção humor, como é o exemplo:

Brincadeiras espontâneas, [...] (E1M:7)

[...] por exemplo brinca-se com a situação,[...] (E5F:8).

Brincar significa divertir-se como as crianças; fazer movimentos caprichosos; foliar; gracejar; troçar; proceder com ligeireza.⁴

Na unidade de contexto palhaçadas, um dos entrevistados procura imitar algo que lhe pareça engraçado para fazer rir e descontraír o observador. Este refere que faz:

[...] palhaçadas [...] (E1M:8)

[...] ou então imito um praticante de artes marciais (palhaçada) (E1M:11).

Piadas são recursos que os entrevistados utilizam na intervenção. Uma enfermeira refere que:

[...] utilizo piadas circunstanciais que têm a ver com o momento por isso é que é difícil às vezes reproduzir, raras são as que se reproduzem, [...] (E5F:6).

Anedotas, foi referido como outro recurso, alguns discursos referem:

Procuro encontrar um conjunto de situações tipo, de anedotas, [...] (E10M:15) e [...] ou [...] faz-me lembrar alguma anedota [...] (E4M:15).

Os trocadilhos foram referidos por um enfermeiro como um recurso, como é o exemplo de:

Utilizo trocadilhos, ou sejam expressões com duplo sentido, que têm de ser adequadas à literacia e cultura da pessoa (E10M:26).

[...] jogos de palavras (trocadilhos) que proporcionam situações engraçadas que podem ou não desencadear riso,[...] (E10M:5).

O efeito surpresa também foi referido como um recurso, no discurso de um enfermeiro:

Faço surpresas aos doentes e pergunto com um ar sério, o que se passa aqui? E as doentes respondem, nada, não se passa nada. E eu digo de seguida, então vai passar, toda as senhoras a fazer exercício aos pés. Utilizo o efeito surpresa e a descontextualização da expressão utilizada (E10M:27).

O humor gerado pela surpresa, pelo inesperado, pode criar um clima de proximidade, de cumplicidade na relação entre o profissional de saúde e o doente.⁴

A criação de situações engraçadas foi referida como uma estratégia de acordo com os entrevistados nomeadamente:

[...] situações engraçadas,[...] (E10M:2).

[...] quando tenho de estimular para deambular imito um robô todo desengonçado [...] (E1M:10).

Quando a pessoa está a receber uma unidade de sangue, pergunto se o bife é da vazia ou de alcatra (em pessoas dos Açores é muito apreciado) (E10M:30).

A utilização de experiências pessoais foi referido pelos entrevistados, como é o caso de:

[...] contar experiências pessoais,[...] (E3F:24).

[...] coisas alegres que tenham acontecido, que goste de ver (E3F:25).

Os comentários podem ser utilizados como um recurso nesta intervenção, como é referido pelos enfermeiros:

[...] *ou algum comentário que faço* [...] (E4M:17).

[...] *ou completo a frase de forma a provocar o riso,* [...] (E4M:18)

Utilizo as deixas dos doentes, se dizem algo engraçado, potencio o que me dizem (E10M:28).

As expressões que surgem espontaneamente, foi referido como um recurso como é o exemplo:

Na maioria dos casos aproveito as situações, [...] (E2F:6).

[...] *como pequenas deixas que as doentes dão para introduzir um comentário mais humorístico* (E2F:7).

O humor intencional acontece quando a pessoa tem a intenção de usufruir ou levar alguém a usufruir dele e o não intencional acontece quando a pessoa não tem intenção de levar os outros a rir mas isso acontece.⁹

A música é outro recurso utilizado, em que os entrevistados referiram:

Também utilizo música. Claro que tenho de ter em consideração as preferências da pessoa (E10M:25).

[...] *como por exemplo música de um telemóvel para dançar ou cantar,* [...] (E2F:13).

O humor pode-se expressar através de anedotas, histórias, brincadeiras, livros e programas cómicos, músicas, sátira, analogias ou simplesmente por um gesto ou até silêncio.⁴

A utilização de filmes cómicos, foi referida por uma enfermeira:

[...] *quando observo os doentes e vejo algum ato, consigo logo relacionar com algum filme que seja popular,* [...] (E4M:13).

Para realizar a intervenção humor é importante começar por reunir ferramentas que permitam desenvolver e aperfeiçoar o próprio sentido de humor e que pode passar por *cartoons*, histórias, piadas, jogos e músicas engraçadas, livros e filmes cómicos, entre outros.⁴

Limitações à utilização do humor

A subcategoria *limitações à utilização do humor* é constituída pelas unidades de contexto: fase terminal e confusão/desorientação.

De acordo com o discurso de um enfermeiro não se deve utilizar o humor em fase terminal:

Se está numa fase terminal também não utilizo (E10M:21).

Em estado de desorientação ou confusão, esta intervenção pode não ser eficaz.

Se está desorientada, confusa, não utilizo (E10M:20).

O enfermeiro deve evitar o uso do humor em pessoas que apresentam deficiência cognitiva.² Existem também estados mentais como a confusão evidente, a depressão e a paranóia, que inibem o humor.⁴

Benefícios da intervenção humor

A categoria *benefícios da intervenção humor* é constituída pelas subcategorias indiretos e diretos.

Benefícios indiretos

A subcategoria *benefícios indirectos* apresenta as seguintes unidades de contexto: melhoria da relação, confiança, participação e envolvimento nos cuidados, proximidade, motivação, quebra barreiras, optimismo, boa disposição e adesão aos cuidados.

A melhoria da relação foi referida pelos enfermeiros nos discursos: [...] fortalece a relação doente - Profissional, [...] (E1M:32)

O humor pode contribuir para melhorar a relação (E10M:32).

A confiança é referida pelos enfermeiros, como é exemplo:

[...] *aumentando a confiança mútua* (E1M:33)

Facilita o estabelecimento de uma relação de confiança (E10M:33).

A presença de humor indica confiança, adaptação e se ele desaparece ou é sufocado pela doença, o seu reaparecimento pode indicar que o doente em questão se encontra num processo de cura/aceitação.⁹

O envolvimento e participação nos

cuidados, aparece nos discursos:

Ficam muito mais participativos, [...]” (E6M:22).

[...] envolver também os outros doentes que estão ao lado de forma a que a pessoa não se sinta sozinha, [...] (E4M:20).

A proximidade emergiu dos dados, nomeadamente nas unidades de registo:

[...] facilita de certa forma também uma relação de proximidade com a pessoa, [...] (E11M:4).

[...] porque o humor leva a tal relação de proximidade e a pessoa sente-se lada a lado [...] (E11M:19).

A motivação foi referida com um benefício indirecto e surge nos discursos dos enfermeiros:

[...] tentar colocar nessa pessoa uma motivação positiva e superior a que já está (E4M:4).

[...] é uma forma às vezes de motivar a pessoa para determinado tipo de cuidado que queremos prestar à pessoa (E11M:9).

O humor quebra barreiras é visto como efeito indirecto, nos benefícios que pode ter na saúde e bem-estar. Uma enfermeira refere que:

O humor pode contribuir para quebrar barreiras [...] (E2F:16).

O humor pode conseguir “quebrar o gelo” e barreiras sociais, a lidar com o sofrimento, frustrações, dificuldades e morte, a aumentar a segurança do enfermeiro durante a realização de técnicas e procedimentos, a gerir conflitos construtivamente, a aumentar a solidariedade e a coesão, a quebrar rotinas, a diminuir a rigidez organizacional, a facilitar a mudança e a aumentar a produtividade.^{1,4,9}

O optimismo pode ser um efeito indirecto da intervenção humor, como diz uma enfermeira:

Contribui também para uma visão mais positiva da vida [...] (E2F:18).

A boa disposição é referida nos discursos:

[...] se houver bom ambiente se as pessoas tiverem bem-dispostas, o trabalho corre melhor os doentes que já estão doentes que já estão deprimidos, ficam mais bem-dispostos

[...] (E7F:9)

A boa disposição facilita em termos de tudo, [...] (E5F:37).

O humor pode facilitar a adesão aos cuidados de enfermagem. Um enfermeiro referiu que permite:

[...] estabelecer uma relação terapêutica ou fazer com que por exemplo determinado doente adira a determinado tipo de tratamento em seu benefício ou a nível por exemplo dos cuidados de reabilitação, [...] E11M:3).

Benefícios directos

A subcategoria *benefícios directos* apresenta as unidades de contexto que se seguem: recuperação, diminuição do *estresse*; melhoria do relaxamento e alívio de tensões, distração, diminuição da dor, exteriorizar sentimentos, mecanismo de adaptação, melhoria da qualidade de vida, facilita a aprendizagem, diminui a ansiedade.

A recuperação é apontada como um benefício do humor, como referem os enfermeiros:

Na minha opinião também tem um papel fundamental na recuperação do doente (E2F:20).

É muito mais fácil para as doentes estarem a trabalhar a sua recuperação com humor, [...] (E6M:15).

Foram realizados estudos que mostraram que a intervenção humor permite a redução de ansiedade, no período pós-operatório, facilita a recuperação da pessoa e reduz, significativamente, as complicações pós-operatórias.⁴

A diminuição do estresse, emerge das entrevistas nos discursos:

[...] diminui o estresse aquando a execução seja de um penso seja de técnicas que lhe causem alguma dor (E3F:30).

[...] diminui o medo e o estresse (E10M:36).

Num estudo com voluntários saudáveis, sobre intervenção humor, o grupo intervenção apresentou diminuição os níveis de estresse.¹⁵ Há diminuição do estresse porque são libertadas betaendofinas e diminuem os níveis de

Cortisol e da hormona adrenocorticotrófico.¹¹

O aumento do relaxamento e alívio de tensões é referido pelos enfermeiros:

[...] *proporcionar relaxamento, aliviar a tensão e o desconforto* (E10M:8).

[...] *e faz com que muitas vezes alivie a tensão, [...]* (E11M:13).

Ao estado de boa disposição e de bem-estar segue-se um estado de relaxamento no qual a respiração, ritmo cardíaco e tensão muscular voltam a níveis abaixo do normal.⁹

O humor proporciona a distração, ajudando a lidar com os problemas, por referiu uma enfermeira:

[...] *os doentes até agradecem se distanciar dos problemas ou conseguir recendê-los uma outra estratégia para além de brincar com a própria situação da pessoa [...]* (E5F:13).

A intervenção humor promove a diminuição da dor, como é possível verificar nos discursos dos enfermeiros:

[...] *o alívio da dor nesta situação* (E4M:26).

Alivia o desconforto e a dor porque a pessoa fica mais relaxada e menos preocupada (E10M:38).

Num estudo de Tse e colaboradores verificaram diminuição da dor crónica em idosos após 8 semanas de intervenção.⁷

Um outro benefício que foi referido pelos enfermeiros foi o humor como mecanismo de adaptação, nas unidades de registos:

Ajuda a lidar com situações difíceis, o pré operatório, ajuda nos momentos de transição dependência/independência (E10M:37)

[...] *tendo como finalidade ajudar a lidar com situações difíceis, [...]* (E10M:6).

Os estilos de humor adaptativos permitem a utilização de estratégias de ajustamento¹⁶⁻¹⁷, ajudando a lidar com situações difíceis.

O humor promove a melhoria da qualidade de vida e foi realçada por um enfermeiro, quando afirmou que:

Ajuda a melhorar a qualidade de vida, porque alivia o desconforto e dor, assim como proporciona bem-estar (E10M:40).

Esta intervenção tem um efeito na aprendizagem, em que um enfermeiro afirma que:

Facilita a aprendizagem, visto que temos de fazer muitos treinos de Actividades de Vida Diária (E10M:41).

A diminuição da ansiedade após a intervenção humor foi referida por alguns enfermeiros:

[...] *diminuí a ansiedade, [...]* (E10M:35)

[...] *diminui a ansiedade por parte da pessoa que está internada, [...]* (E11M:15)

Muitas pessoas dizem-me que são estes momentos que as fazem esquecer tudo o que as preocupa (E10M:39).

Num estudo, o grupo intervenção humor apresentou diminuição da ansiedade, relativamente ao grupo controlo.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção humor, tal como as outras intervenções em enfermagem devem seguir o raciocínio clínico. Deve ser realizada uma avaliação inicial, um diagnóstico de enfermagem em que seja recomendada a utilização desta intervenção. Tem de haver planeamento da intervenção, verificar se existem condições de utilização e se a pessoa aprecia humor.

Nesta intervenção poderão ser utilizados inúmeros recursos como brincadeiras, palhaçadas, piadas, anedotas, trocadilhos, surpresas, situações engraçadas, experiências pessoais, comentários cómicos, expressões espontâneas cómicas, música e filmes.

Foram referidos benefícios indiretos que podem potenciar os benefícios diretos. Os principais benefícios indiretos mencionados referem-se: a melhoria da relação, a confiança, a participação e envolvimento nos cuidados, a proximidade, a motivação, a quebra de barreiras, o optimismo, a boa disposição e a adesão aos cuidados. Os principais benefícios diretos referidos foram: melhoria da recuperação, diminuição do estresse, melhoria do relaxamento e alívio de tensões, distração, diminuição da dor, exteriorizar

sentimentos, mecanismo de adaptação, melhoria da qualidade de vida, facilitador de aprendizagem, diminuição da ansiedade.

Este estudo visa contribuir para a compreensão da intervenção humor, nomeadamente, os aspectos a ter em consideração na avaliação, planeamento implementação desta intervenção, assim como dos principais benefícios na saúde e bem-estar das pessoas internadas num hospital.

Recomenda-se a realização de estudos que aumentem o nível da evidência, especificamente ensaios clínicos aleatórios para medir a efectividade da intervenção humor associado a diagnósticos de enfermagem e estudos que explorem as diferenças de género e culturais.

REFERÊNCIAS

1. José H. *Humor: que papel na saúde? Uma revisão literatura*. Pensar enferm. 2006;10(2):2-18.
2. Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Nursing Interventions Classification (NIC). Sixth Edition*. Missouri: Elsevier Health Sciences, 2013.
3. Concelho Internacional de Enfermeiros. *CIPE 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2*. Loures : Lusoditacta, 2011.
4. José HMG. *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures: Lusociência; 2010.
5. Cerullo JASB, Cruz DALM. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev. latino-am. enferm.* 2010;18(1):124-9.
6. Ochoa MIR. Humor terapéutico. El humor risa y sonrisa (HRS) y su aplicación en las urgencias, emergencias y cuidados críticos. *Páginasenferurg.com*. 2009;1(4): 11-6. Disponível em: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/diciembre/humorterapeutico.pdf>
7. Tse MMY, Lo APK, Cheng TLY, Chan EKK, Chan AHY, Chung HSW. Humor therapy: relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *J aging res.* 2010:1-9.
8. Bardin, L. *Análise de Conteúdo de Bardin*. Lisboa: Edições 70, 2009.
9. José H. Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros. Loures: Lusociência;2002.
10. Christie W, Moore C. The impact of humor on patients with cancer. *Clin j oncol nurs.* 2005;9(2):211-8.
11. Bertini M, Iani L, Santo RM, Scaramuzzi C, Petramala L, Cotesta D et al. Stress moderating effects of positive emotions: exposure to humorous movies during hemodialytic sessions decreases blood levels of stress hormones. *J Chin Clin Med.* 2010;5(2):61-70.
12. Buxman K. Humor in the OR: a stitch in time? *AORN j.* 2008;88(1):67-77.
13. Kuiper NA, Kirsh GA, Leite A. Reactions to humor and implicit theories of humor styles. *Eur j psychol.* 2010;6(3):236-66.
14. Veselka L, Schermer JA, Martin RA, Vernon PA. Laughter and resiliency: a behavioral genetic study of humor styles and mental toughness. *Twin res hum genet.* 2010;13(5):442-49.
15. Crawford SA, Caltabiano NJ. Promoting emotional well-being through the use of humour. *J posit psychol.* 2011;6(3):237-252.
16. Kuiper NA, Kirsh GA, Leite A. Reactions to humor and implicit theories of humor styles. *Eur j psychol.* 2010;6(3):236-66.
17. Kuiper NA, Leite A. Personality impressions associated with four distinct humor styles. *Scand j psychol.* 2010;51:115-22.

QUESTIONÁRIO “CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO”: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO

Teresa Borges⁽¹⁾; Beatriz Araújo⁽²⁾; João Costa Amado⁽³⁾



Resumo

Objetivos: Construir e validar o Questionário de Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Precauções Básicas do Controlo da Infecção. **Material e métodos:** O questionário original, de 34 itens foi aplicado a 473 enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, obtendo-se 29 itens após validação de conteúdo e constructo. **Resultados:** As escalas “Conhecimentos”, “Atitudes” e “Práticas” foram sujeitas a uma validação de conteúdo. A análise revelou fiabilidade no teste Alpha de Cronbach (escala “Atitudes”, $\alpha = 0,72$; escala “Práticas”, $\alpha = 0,73$). Da escala “Atitudes” extrairam-se 2 fatores (“Atitudes de prevenção e controlo da infeção” e “Atitudes de proteção individual”) que explicam 46,3% da variância total. Da escala “Práticas” extrairam-se 2 fatores (“Práticas de prevenção e controlo da infeção” e “Práticas de proteção individual”), explicando 46,9% da variância. **Conclusão:** A validação do instrumento revela um questionário capaz de estudar e prever o assunto em estudo. Clarifica fragilidades do conhecimento, atitudinais e comportamentais, facilitando a construção de programas de intervenção orientados. A validação do questionário mostra que este é adequado na consistência interna e na validade, permitindo estudar conhecimentos, atitudes e práticas, aclarando os caminhos para cuidados seguros. **Palavras-chave:** Precauções Universais; Controlo de Infeções; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Cuidados de Enfermagem.

Resumen

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES ON UNIVERSAL PRECAUTIONS OF INFECTION CONTROL SURVEY: CONSTRUCTION AND VALIDATION
Objectives: To construct and validate the knowledge, attitudes and practices on universal precautions of infection control survey. **Methods and Materials:** The original survey, of 34 items, was applied to 473 primary healthcare nurses. After content and construct validation, 29 items endured. **Results:** “Knowledge”, “Attitudes” and “Practices” scales was subjected to a content validation. The analysis shown accuracy in Cronbach Alpha test (“Attitudes” scale, $\alpha = 0,72$; “Practices” scale, $\alpha = 0,73$). From the “Attitude” scale, 2 factors were extracted (Attitudes of prevention and control of infection; Personal protective attitudes.) that explain 46,3% of total variance. From “Practices” scale, 2 factors were extracted (Practices for the prevention and control of infection; Personal protective practices) that explain 46,9% of variance. **Conclusion:** Surveys validation reveals to be able to study and predict the study subject. Since it demonstrates fragilities in knowledge, attitudes and practices, the construction of guided intervention programs is enabled. Surveys validation shows that it is adequate in consistency and veracity, allowing the study of knowledge, attitudes and practices so that paths to employment of safe cares can be clarified. **Keywords:** Universal Precautions; Infection Control; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Nursing Care.

Abstract

CUESTIONARIO “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PRECAUCIONES UNIVERSALES DE CONTROL DE INFECCIONES”: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN
Objetivos: Construir y validar el Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en precauciones universales de control de infecciones. **Materiales y método:** El cuestionario original de 34 ítems fue aplicado a 473 enfermeras en la atención primaria de la salud, restante 29 artículos después de validez de contenido y de constructo. **Resultados:** Las escalas “Conocimientos”, “Actitudes” y “Prácticas” fueron objeto de validación de contenido. El análisis reveló fiabilidad en la prueba Alpha de Cronbach (Escala “Actitudes”, $\alpha = 0,72$; Escala “Prácticas”, $\alpha = 0,73$). Se extrajo dos factores de escala “Actitudes” (“Actitudes de prevención y control de la infección” y “Actitudes de protección individual”) que explican 46,3 % de la varianza total De la escala “Prácticas” se extrajeron 2 factores (Prácticas de prevención y control de la infección y Prácticas de protección individual), que explican 46,9% de la varianza. **Conclusiones:** La validación del instrumento revela un cuestionario capaz de estudiar y predecir el asunto en estudio. Aclara debilidades del conocimiento, actitudes y prácticas, facilitando la construcción de programas de intervención específicos. La validación del cuestionario muestra que este es adecuado en la consistencia interna y en la validez, permitiendo estudiar conocimientos, actitudes y prácticas, aclarando los caminos para cuidados seguros. **Palabras clave:** Precauciones Universales; Control de Infecciones; Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud; Atención de Enfermería.

Rececionado em junho 2016. Aceite em julho 2016.

⁽¹⁾Mestre em Gestão e Economia da Saúde, Doutoranda no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto

⁽²⁾Doutor em Ciências de Enfermagem; Professora Associada convidada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto

⁽³⁾Professor Associado Convidado, com Agregação no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto

INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde estão entre as principais ameaças à segurança do doente⁽¹⁾ e podem ter origem na disseminação de agentes microbiológicos, veiculados, de forma direta ou indireta, pela contaminação das mãos dos profissionais ou pelo ambiente e dispositivos médicos contaminados⁽²⁾. Estas infecções são consideradas eventos adversos de importante causa de morbidade e mortalidade e representam custos acrescidos para instituições de saúde, doentes e para a sociedade em geral. Ainda assim, existem infecções evitáveis, pelo que a sua prevenção constitui matéria de interesse organizacional e da economia da saúde. Prevenir a infeção pressupõe o cumprimento de práticas seguras, representadas em primeira linha pelas precauções básicas do controlo da infeção⁽³⁾ ou precauções universais⁽²⁾, e adicionalmente, por precauções baseadas nas vias de transmissão da infeção^(2,3). Investigadores que desenvolvem estudos de "Conhecimentos, Atitudes e Práticas" no âmbito da saúde⁽⁴⁻⁹⁾ defendem a influência dos conhecimentos e das atitudes nas práticas dos profissionais. O estudo individual destas variáveis permite dirigir intervenções ao incremento do saber, à melhoria das atitudes e à implementação de práticas seguras nos vários contextos estudados⁽¹⁰⁻¹⁶⁾. Por outro lado, estudos sobre a interação destas variáveis permitem ajustar intervenções corretivas e de aprimoramento dos cuidados⁽¹⁷⁾, proporcionando ganhos em saúde.

Nesta investigação debruçamo-nos sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas de enfermeiros na adoção de Precauções Básicas do Controlo da Infeção. Consideramos os "Conhecimentos" como a aquisição de informações, retidas e passíveis de utilizar na prática dos cuidados e também a experiência, o discernimento e a habilidade que permitem compreender e lidar com determinado assunto⁽¹⁰⁾. A aquisição destes conhecimentos relaciona-se com características dos sujeitos

nomeadamente, competência de perceção, memória, capacidade de abstração e de raciocínio, imaginação e emoção⁽¹⁸⁾. Assim, com esta escala pretendemos estudar o nível de conhecimentos dos enfermeiros na adoção de Precauções Básicas do Controlo da Infeção.

Já "Atitudes", enquanto conjunto de sentimentos e ideias pré-concebidas acerca de um assunto ou situação, medeiam conhecimentos e ações, impondo tendências ou formas de interpretar acontecimentos⁽¹⁹⁾. Neste estudo, a escala "Atitudes" reflete sentimentos, perceções e (pre)conceitos na adoção de Precauções Básicas do Controlo da Infeção.

As "Práticas" consistem na aplicação pela ação dos saberes e das atitudes⁽¹⁰⁾, podendo esta dimensão ser condicionada pelas crenças ou ideias tradicionais, muitas vezes em desacordo com a perspetiva científica⁽²⁰⁾, tornando-se obstáculos a práticas adequadas. Ainda assim, no nosso estudo, a dimensão "Práticas" pode evidenciar os conhecimentos e atitudes face à prevenção da infeção por intermédio de ações⁽¹⁰⁾ ou intervenções em cuidados de saúde.

A combinação das três dimensões, com maior ou menor preponderância de cada uma, conduz de forma dinâmica e recursiva à maioria dos aspetos de interação humana. Em síntese, estas dimensões permitem enquadrar a adoção de Precauções Básicas do Controlo da Infeção, sobre o qual versa o presente estudo. Neste contexto, face à inexistência de um instrumento que permitisse responder de forma adequada à estrutura conceptual em análise, numa população de enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, enveredámos pela construção e validação do Questionário "Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Precauções Básicas do Controlo de Infeção". O objetivo do presente estudo consiste na sua construção e avaliação das propriedades psicométricas.

MATERIAIS E MÉTODOS

De acordo com o nosso objetivo, perspetivou-se um estudo quantitativo, transversal, desenvolvido em contexto dos Cuidados de Saúde Primários da Região Centro. A construção do questionário envolveu processos de validação semântica e de conteúdo. Aplicado o questionário, efetuamos a avaliação da precisão ou confiabilidade e da validade dos resultados. Para testar a confiabilidade recorreremos ao sentido de consistência interna dado pelo coeficiente Alpha de Cronbach para cada dimensão. Para a validação do constructo realizamos a análise fatorial de componentes principais com rotação varimax, dos itens da escala, tendo em vista uma identificação dos fatores subjacentes.

Na construção do questionário esquematizamos um número elevado de itens, baseando-nos em normas nacionais e internacionais vigentes e em investigações fundamentadas à luz da melhor evidência científica e os seus enunciados foram elaborados de forma clara, objetiva e simples, com relevância para a finalidade do nosso estudo^(21, 22). O número alargado de itens foi analisado por dois enfermeiros com domínio profissional da área do controlo de infeção e experiência em Cuidados de Saúde Primários, capazes de melhor compreender a população alvo. Como resultado, selecionamos os itens que melhor representavam a temática das precauções básicas a incluir nas três dimensões do questionário.

O questionário foi estruturado em duas partes. Na primeira, efetua-se uma avaliação distinta, em 3 secções, das escalas “Conhecimentos”, “Atitudes” e “Práticas”, de acordo com os estudos consultados^(5, 6, 8-16). A Secção I relativa aos “Conhecimentos”, contém 12 questões, correspondendo a item 4 respostas, das quais apenas uma é a correta. Apesar de Kaliyaperumal propor para este tipo de estudos uma pergunta aberta⁽¹⁰⁾, a opção metodológica que seguimos é a mais utilizada^(9, 13, 16, 23) pela simplicidade do tratamento

estatístico. A Secção II, relacionados com “Atitudes”, inclui 12 itens afirmativos. Cada afirmação dispõe de uma escala tipo “Likert” de 5 opções para expressar a concordância com as mesmas (desde “Concordo Totalmente” até “Discordo Totalmente”). De igual forma, a Secção III, sobre “Práticas”, contém 12 itens afirmativos. Cada afirmação requer a expressão do cumprimento dessa prática através de uma escala tipo “Likert” graduada de 1 a 5 (de “Nunca” até “Sempre”) conforme opção metodológica de vários autores⁽²⁴⁻²⁶⁾. A segunda parte do questionário efetua a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.

Para efetuarmos a avaliação semântica e de conteúdo iniciamos por apresentar a primeira versão do questionário ao julgamento de peritos, especialistas sobre a temática para análise da representatividade dos itens, face aos objetos a medir e para garantir a compreensão pelos respondentes, eliminando dúvidas passíveis de impedir a concretização dos objetivos. O método de seleção dos seis peritos (cinco enfermeiros e um médico) teve como princípio serem reconhecidos especialistas na área e integrarem, há mais de dois anos, grupos de prevenção e controlo da infeção ao nível de estrutura local, regional ou nacional de gestão do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos.

Tendo em conta as sugestões mais relevantes, realizamos, em concordância com os peritos, alterações na construção dos itens com adaptação dos conceitos à realidade e contexto organizacional dos profissionais. Clarificou-se o subtítulo do questionário de “Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Precauções Básicas” acrescentando “... do Controlo da Infeção”; a definição “fricção das mãos com solução alcoólica” para “...solução antisséptica de base alcoólica (SABA)”; o conceito “lixívia” para “desinfetante à base de cloro, por exemplo lixívia”. Ao conceito “farda” foi acrescentado “uniforme”, face ao organizacional. Foram removidos 2 itens da

escala "Conhecimentos" por não refletirem especificamente as precauções básicas.

Das 2 rondas efetuadas junto dos peritos resultou a versão do questionário com a qual realizamos o pré-teste numa amostra de 30 indivíduos de características semelhantes aos destinatários do estudo. Foram validados 29 questionários, devidamente preenchidos, por enfermeiros de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários da região Norte.

A avaliação por peritos, por recurso à técnica de Delphi e a realização do pré-teste permitem validar a clareza e a compreensibilidade semântica dos itens do questionário, o que foi confirmado pela unanimidade dos peritos ao fim da segunda ronda e pelo resultado do pré-teste com ausência de sugestões para alteração aos itens.

O questionário que foi aplicado à amostra, com os contributos já descritos, resultou numa versão final de três escalas. A escala "Conhecimentos" perde dois e passa a conter 10 itens, cuja cotação é de um ponto para cada resposta correta e zero para as erradas. Cada um dos 12 itens de "Atitudes" apresenta 5 níveis de ponderação da escala tipo Likert cotados da seguinte forma: Concordo totalmente, 1 ponto; Concordo, 0,75; Não concordo nem discordo, 0,5; Discordo, 0,25 e o nível Discordo Totalmente equivale a zero. O item 15 é cotado inversamente. Os 12 itens de "Práticas" apresentam como cotação dos 5 níveis de ponderação da escala de Likert: Nunca, 0 pontos; Raramente, 0,25; Algumas vezes, 0,5; A maioria das vezes, 0,75; e Sempre, 1 ponto. Os itens 24, 28, 32 e 33 são cotados de forma inversa

A amostra é constituída por 473 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (89%), com uma média de idades de 42 anos (DP=7,98 anos), a exercer funções em quatro dos seis Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde do Centro. Ao ACES nº1 corresponde 30,2% da amostra; ao ACES nº2, 17,8%; ao ACES nº3, 35,5%; e ao ACES nº4, 16,5%. A maioria dos respondentes engloba-se na categoria de

Enfermeiro (86,3%), integrando os restantes 13,7% as categorias de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Chefe. A prestação de cuidados de saúde em Unidades de Saúde Familiares (USF) corresponde a 27,3% dos enfermeiros, em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) corresponde a 55,4% e os restantes 17,3% a Unidades Funcionais de outra tipologia. O tempo médio de serviço na profissão corresponde a 18,5 anos (DP=8,12 anos) e o tempo médio na Unidade Funcional de 10,9 anos (DP=8,35 anos). O seu perfil académico concentra-se predominante no grau de licenciatura (55%), seguindo-se o título de enfermeiro especialista (27,1%), o grau de mestre (9,7%), o grau de bacharel (3,2%) e o grau de doutor (1,1%). Dezanove enfermeiros referem ter uma pós-graduação.

O procedimento de recolha de dados junto dos enfermeiros de todas as Unidades Funcionais dos seis ACES, decorreu no período de janeiro a fevereiro de 2014, após autorização da Presidência da Administração Regional de Saúde do Centro e parecer favorável da Comissão de Ética. A participação dos enfermeiros foi voluntária, garantindo-se a privacidade e confidencialidade da identificação dos ACES e dos respondentes, tendo estes assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados obtidos foram analisados com recurso a um software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 21.0.

RESULTADOS

Na análise da fidelidade do questionário efetuou-se a avaliação da consistência interna, através do coeficiente alpha de Cronbach. Na escala de Conhecimentos, enquanto escala de medição dicotómica, não houve lugar a este processo de validação, aceitando-se como suficiente a sua validação semântica. Numa avaliação inicial, das escalas de Atitudes e de Práticas, a consistência interna revelou em alguns itens uma baixa correlação com o total

da escala contribuindo para uma diminuição da consistência interna da escala. Para melhorar esta consistência foram removidos os itens de menor peso. Da escala “Atitudes” removeram-se 3 dos 12 itens: item 13. “A fonte mais frequente de microrganismos causadores de IACS são os utentes/doentes”; item 14. “Usar equipamento de proteção individual contribui para a prevenção de IACS nos utentes”; e item 21. “Utilizar continuamente luvas de látex aumenta o risco de dermatite de contacto e alergias”. Da escala de Práticas, pela mesma razão, removeram-se 2 dos 12 itens: item 24. “Fricciono as mãos com solução antisséptica de base alcoólica após tê-las lavado”; e item 28. “Recapsulo as agulhas imediatamente após o seu uso”. De seguida, efetuou-se nova análise de consistência interna das escalas de Atitudes, agora com 9 itens de Práticas com 10 itens. Da análise efetuada, obtivemos para a escala de Atitude um valor de Alfa=0,72 e para a escala de Práticas um Alfa=0,73. Estes valores entre [0.7 e 0.8] revelam razoável nível de consistência interna (28).

Seguidamente foi efetuada a análise fatorial exploratória dos componentes principais com rotação ortogonal pelo método de varimax, com o objetivo de agrupar as variáveis num menor número de fatores que agreguem e transmitam elementos comuns às variáveis originais. Na escala “Atitudes”, a rotação de varimax dos itens nos fatores estabeleceu a existência de duas subescalas que explicam 46,3% da variância total. Ao fator 1 estão associados 33,0% da variância total, com o valor próprio de 3 e é saturado sobretudo pelos 6 itens relacionados com “Atitudes de prevenção e controlo da infeção”. Ao fator 2 associam-se 13,3% da variância total, com o valor próprio de 1,2. Este fator é saturado sobretudo pelos 3 itens relacionados com “Atitudes de proteção individual”.

Na escala “Práticas”, a rotação de varimax dos itens nos fatores estabeleceu a existência de dois fatores que no seu conjunto explicam 46,8% da variância total da escala. Ao fator 1 estão associados 31,8% da variância total, com

o valor próprio de 3,2 e é saturado sobretudo pelos 6 itens relacionados com “Práticas de prevenção e controlo da infeção”. Ao fator 2 estão associados 15,0% da variância total, com o valor próprio de 1,5 e é saturado sobretudo por 4 itens, relacionados com “Práticas de proteção individual”.

Tais valores próprios, a variância total explicada, as comunalidades (h^2) e a medida de adequação da amostra com o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de Esfericidade de Bartlett (TEB) estão explícitos no Quadro 1.

Nas escalas “Atitudes” e “Práticas” não existem sobreposições. O Teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO > 0,6$) e o Teste de Esfericidade de Bartlett ($TEB < 0,05$) permitiram garantir a adequação do modelo fatorial a estas matrizes de correlações para a realização da análise fatorial (Escala de “Atitudes”: $KMO = 0,818$; $TEB = 664,56$, $p < 0,001$; e Escala de “Práticas”: $KMO = 0,801$; $TEB = 918,37$, $p < 0,001$).

Após a análise fatorial das escalas de Atitudes e de Práticas, referida, procedemos à análise da consistência interna das escalas e subescalas de “Atitudes” e “Práticas”.

As escalas de Atitudes e de Práticas mantiveram coeficientes alpha de Cronbach de 0,72 e de 0,73 respetivamente.

Na escala “Atitudes”, o fator 1, “Atitudes de prevenção e controlo da infeção”, apresenta um $\alpha = 0,68$, com 6 itens e o fator 2, “Atitudes de proteção individual”, um $\alpha = 0,58$, com 3 itens, valor aceitável pelo baixo número de itens componentes. Na escala “Práticas”, o primeiro fator, “Práticas de prevenção e controlo da infeção”, apresenta um $\alpha = 0,72$, com 6 itens e o segundo fator, “Práticas de proteção individual”, um $\alpha = 0,63$ com 4 itens.

No Quadro 2 apresentam-se os resultados da análise de consistência interna das Escalas “Atitudes” e “Práticas” sobre Precauções Básicas do Controlo da Infeção. A par da média e do desvio-padrão, descrevemos a respetiva correlação do item com o total da sua escala de pertença (coeficiente corrigido) e também o valor do alpha da subescala se esse mesmo

Quadro 1. Resultados da análise fatorial exploratória das escalas “Atitudes” e “Práticas”

Itens da Escala Atitudes	Fator 1	Fator 2	h2
Fator 1: Atitudes de prevenção e controlo da infeção			
22. Cumprir normas e recomendações [...] diminui o risco de IACS	,72		,52
12. Higienizar as mãos é a medida mais eficaz para minimizar o risco de IACS	,66		,45
15. Proceder à desinfeção de materiais [...] evita [...] a sua limpeza prévia	,65		,43
11. Recapsular agulhas é procedimento de elevado risco de acidentes com cortoperfurantes	,63		,48
19. As mãos dos prestadores de cuidados são o veículo de transmissão de microrganismos infecciosos mais frequente	,58		,39
20. Os procedimentos invasivos [...] elevam o risco de IACS	,44		,30
Fator 2: Atitudes de proteção individual			
18. Enquanto grupo de risco para gripe, os profissionais [...] devem ser vacinados		,73	,54
16. Utilizar luvas no contacto com sangue ou fluidos orgânicos previne a transmissão microrganismos infecciosos		,71	,51
17. Hidratar frequentemente as mãos minimiza abrasões dérmicas provocadas pela higienização		,69	,55
Total de variância explicada: 46,3 %	33,0	13,3	
Valor próprio:	3,0	1,2	
Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin: 0,818			
Teste de Esfericidade de Bartlett: 664,56; p< 0,001			
Itens da Escala Práticas	Fator 1	Fator 2	h2
Fator 1: Práticas de prevenção e controlo da infeção			
25. Utilizo luvas nos procedimentos em que exista risco de contacto com sangue ou fluidos corporais [...], membranas mucosas	,71		,55
29. Após remover as luvas higienizo as mãos	,69		,51
32. Utilizo luvas como substituto da higiene das mãos	,69		,48
34. Descarto os resíduos para contentores [...] de acordo com a sua classificação	,65		,43
26. Higienizo as mãos antes do contacto com o utente/doente	,58		,50
33. Uso a mesma máscara na prestação de cuidados a diferentes utentes/doentes	,51		,27
Fator 2: Práticas de proteção individual			
31. Utilizo avental plástico ou bata de proteção sobre a bata/uniforme durante procedimentos que os possam molhar		,80	,63
27. Em procedimentos com risco de salpicos para a face, utilizo máscara e proteção ocular		,79	,63
30. Fecho a torneira (de manípulo de mão) com toalhete de papel para não recontaminar as mãos		,53	,38
23. Ao prestar cuidados aos utentes/doentes, as minhas mãos estão livres de qualquer adorno como anéis, aliança, pulseiras e relógio		,52	,32
Total de variância explicada: 46,8 %	31,8	15,0	
Valor próprio:	3,2	1,5	
Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin: 0,801			
Teste de Esfericidade de Bartlett: 918,37 p< 0,001			

item fosse eliminado, considerando a amostra total (n=473).

Relativamente aos valores inscritos no Quadro 3, constata-se que os Coeficientes Alpha de Cronbach relativos a cada item, com o total da escala “Atitudes” (α global = 0,72), oscilam entre 0,68 e 0,71; escala “Práticas” (α global = 0,73), oscilam entre 0,69 e 0,73. Estes

valores indicam uma boa correlação entre os itens de cada escala e uma boa homogeneidade dos itens.

Quando efetuamos a inspeção da correlação de cada item com o total de cada escala verificamos que os valores oscilam entre 0,33 e 0,51 e 0,36 e 0,52, respetivamente. De salientar que na correlação do item com o total

Quadro 2. Resultados nos itens por fatores das escalas de “Atitudes” e “Práticas”

Escola /Fator	Alpha de Cronbach	Média	Variância	Desvio Padrão	Nº itens
Escola total: Atitudes	,72	7,95	,98	,99	9
Fator1: Atitudes de prevenção e controlo da infeção	,68	5,49	,46	,68	6
Fator2: Atitudes de proteção individual	,58	2,45	,25	,50	3
Escola total: Práticas	,73	7,70	1,98	1,41	10
Fator1: Práticas de prevenção e controlo da infeção	,72	5,32	,71	,84	6
Fator2: Práticas de proteção individual	,63	2,38	,76	,87	4

Quadro 3 – Análise de consistência interna das Escalas “Atitudes” e “Práticas” sobre Precauções Básicas do Controlo da Infeção

Itens	Correlação de item total corrigido	Alpha de Cronbach se item eliminado
Escola Atitudes		
11. Recapsular agulhas é procedimento de elevado risco de acidentes com cortoperfurantes	,51	,68
12. Higienizar as mãos é a medida mais eficaz para minimizar o risco de IACS	,42	,69
15. Proceder à desinfeção de materiais [...] evita [...] a sua limpeza prévia	,33	,71
16. Utilizar luvas no contacto com sangue ou fluidos orgânicos previne a transmissão microrganismos infecciosos	,33	,71
17. Hidratar frequentemente as mãos minimiza abrasões dérmicas provocadas pela higienização	,48	,68
18. Enquanto grupo de risco para gripe, os profissionais [...] devem ser vacinados	,36	,70
19. As mãos dos prestadores de cuidados são o veículo de transmissão de microrganismos infecciosos mais frequente	,43	,69
20. Os procedimentos invasivos [...] elevam o risco de IACS	,38	,70
22. Cumprir normas e recomendações [...] diminui o risco de IACS	,45	,69
Escola Práticas		
23. Ao prestar cuidados aos utentes/doentes, as minhas mãos estão livres de qualquer adorno como anéis, aliança, pulseiras e relógio	,36	,71
25. Utilizo luvas nos procedimentos em que exista risco de contacto com sangue ou fluidos corporais [...], membranas mucosas	,51	,70
26. Higienizo as mãos antes do contacto com o utente/doente	,52	,69
27. Em procedimentos com risco de salpicos para a face, utilizo máscara e proteção ocular	,35	,71
29. Após remover as luvas higienizo as mãos	,46	,70
30. Fecho torneira/manípulo de mãos com toalhete	,45	,69
31. Utilizo avental plástico ou bata de proteção sobre a bata/uniforme durante procedimentos que os possam molhar	,40	,71
32. Utilizo luvas como substituto da higiene das mãos	,39	,71
33. Uso a mesma máscara na prestação de cuidados a diferentes utentes/doentes	,23	,73
34. Descarto os resíduos para contentores [...] de acordo com a sua classificação	,39	,71

o valor encontrado se reporta à correlação do item com a soma dos restantes itens, isto é, ele próprio foi excluído da soma da escala.

DISCUSSÃO

Neste estudo pretendemos construir e validar um instrumento de medição de conhecimentos, atitudes e práticas na adoção de Precauções Básicas do Controlo da Infecção por enfermeiros, em ambiente de Cuidados de Saúde Primários. A construção do questionário teve por base uma revisão bibliográfica sobre as temáticas, de Precauções Básicas do Controlo de Infecção; Estudos de Conhecimentos, Atitudes e Práticas e Enfermagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários. A validação do seu conteúdo foi assegurada pelo contributo de um painel de peritos na área do Controlo da Infecção bem como, pelo resultado do pré-teste que revelou uma compreensão unanime e a ausência de sugestões de alteração aos itens. Os resultados do questionário aplicado a uma amostra de 473 enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários permitiram testar as propriedades psicométricas das escalas "Atitudes" e "Práticas".

O estudo do coeficiente Alpha de Cronbach mostra-nos que, quer as escalas "Atitudes" e "Práticas" quer as suas subescalas ou fatores resultantes apresentam um nível razoável consistência interna (28), valores de $\alpha=0,72$ e $\alpha=0,73$, respetivamente. Os resultados encontrados mostram a pertinência deste tipo de estudo de comportamentos, atitudes e práticas, indo ao encontro de estudos similares sobre o mesmo tipo de constructo (5-9, 11-17).

A adequada consistência interna das escalas "Atitudes", ajustada para 9 itens e "Práticas", ajustada para 10 itens, permitem a utilização do questionário como instrumento de medida.

Dos resultados da análise fatorial exploratória dos componentes principais com rotação ortogonal pelo método de varimax, à escala "Atitudes", obtivemos dois fatores explicativos de 46,3% do fenómeno. O fator 1, denominado "Atitudes de prevenção e

controlo de infeção", integra 6 itens a que se associam 33,0% da variância total e um valor próprio de 3. O segundo fator, denominado "Atitudes de proteção individual" agrega 3 itens e está associado a 13,3% da variância total, tendo um valor próprio de 1,2. Deste modo, ao nível do estudo das atitudes, denota-se a existência de um fator relacionado com a prevenção e controlo da infeção em defesa do utente, complementada por um segundo fator onde a proteção individual se destaca como propósito central. Podemos pois, destacar dos resultados que estas duas subescalas de atitude deverão nortear todas as intervenções conducentes à melhoria de resultados no âmbito da prevenção e do controlo da infeção.

Através da mesma análise fatorial exploratória da escala "Práticas", verificamos a constituição de dois fatores explicativos de 46,8% do fenómeno. O fator 1 integrou 6 itens agregadores de "Práticas de prevenção e controlo da infeção", explicativos de 31,8% da variância total e um valor próprio de 3,2. O segundo fator agregou 4 itens relacionados com as "Práticas de Proteção Individual" e está associado a 15,0% da variância total, tendo um valor próprio de 1,5. Estes resultados apresentam-se concordantes com os resultados obtidos na escala "Atitudes", permitindo confirmar-se a dualidade do objeto sujeito à prevenção e controlo da infeção, podendo realçar-se a proteção do utente e a proteção do profissional de saúde.

CONCLUSÃO

A falta de adesão às medidas de prevenção da infeção, coloca em risco a segurança de utentes e profissionais. Enveredámos pela construção e validação do questionário Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Precauções Básicas do Controlo da Infecção, com o intuito da sua avaliação em enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Centro.

A versão final do questionário, as escalas "Conhecimentos", "Atitudes" e "Práticas" contêm 29 itens. A escala "Conhecimentos"

integra 10 itens. A escala “Atitudes” está subdividida nas subescalas “Atitudes de prevenção e controlo da infeção”, com 6 itens e “Atitudes de proteção individual”, com 3 itens. A escala “Práticas” compreende duas subescalas, “Práticas de prevenção e controlo da infeção” com 6 itens e “Práticas de proteção individual” com 4 itens.

De acordo com as suas características psicométricas, podemos concluir que o questionário constitui um instrumento confiável e válido para medir conhecimentos, atitudes e práticas na adoção de precauções básicas do controlo da infeção. No entanto, seria importante a sua replicação no futuro, para o estudo da sua validade concorrente e estabilidade intertemporal. Por outro lado, sendo a adoção de Precauções Básicas do Controlo da Infeção uma exigência multiprofissional, seria desejável a sua aplicação junto de outros grupos profissionais.

BIBLIOGRAFIA

1. Mendes C, Barroso F. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Rev Port Saúde Pública*. 2014;32(2):197–205.
2. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
3. Pina E, Ferreira E, Marques A, Matos B. Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;Vol. Temát(10):27-39.
4. Aires S, Carvalho A, Aires E, Calado E, Aragão I, Oliveira J, et al. Avaliação dos conhecimentos e atitudes sobre precauções padrão: Controlo de Infeção dos Profissionais de Saúde de um Hospital Central e Universitário Português. *Acta Méd Port*. 2010;23(2):191-202.
5. Chan M, Ho A, Day M. Investigating the knowledge, attitudes and practice patterns of operating room staff towards standard and transmission-based precautions: results of a cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(8):1051-1062.
6. Jankovic, S. Bojanik J. Jovic-Vranes A, Marinkovic J, Jankovic J. Knowledge, attitudes and practices towards blood-borne pathogens in healthcare workers in Banja Luka, Bosnia and Herzegovina. *Cent Eur J Med*. (2009);4(4):409-414.
7. Lopes A, Oliveira A, Silva J. Rocha M. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24 (6),1387-1396.
8. Nobile C, Montuori P, Diaco E, Villari P. Healthcare personnel and hand decontamination in intensive care units: knowledge, attitudes, and behaviour in Italy. *J Hosp Infect*. (2002);51(3):226-232.
9. Sessa A, Di Giuseppe G, Albano L, Angelillo I and the Collaborative Working Group. An Investigation of Nurses’ Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Disinfection Procedures in Italy. *BMC Infect. Dis*. 2011;11(141).
10. Kaliyaperumal, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *A ECS Illumination*. 2004;4(1):7-9.
11. Clark S, Cowan A, Wortley P. Influenza vaccination attitudes and practices among US registered nurses. *Am J Infect Control*. 2009; 37(7):551-556.
12. Kanjeea Z, Catterickb K, Moll A, Amico K, Friedland G. Tuberculosis infection control in rural South Africa: survey of knowledge, attitude and practice in hospital staff. *J Hosp Infect*. 2011;79(4):333-8.
13. Buccheri C, Casuccio A, Giammanco S, Giammanco M, La Guardia M, Mammina C. Food safety in hospital: knowledge, attitudes and practices of nursing staff of two hospitals in Sicily, Italy. *BMC Health Services Research*, 7(45).
14. Askarian M, Shiraly R, McLaws M-L.

Knowledge, attitude and practices of contact precautions among Iranian nurses. *Am J Infect Control*. 2005; 33(8):486-488.

15. Ghabrah, T. Madani T, Albarrak A, Alhazmi M, Alazragi T, Alhudaithi M, et al. Assessment of infection control knowledge, attitude and practice among healthcare workers during the Hajj period of the Islamic year 1423 (2003). *Scand J Infect Dis*. 2007; 39(11-12):1018-1024.

16. Parmeggiani C, Abbate R, Marinelli P, Angelillo I. Healthcare workers and health care-associated infections: knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. *BMC Infect Dis*. 2010; 10: 35.

17. Oria P, Matini W, Nelligan I, Emukule G, Scherzer M, Oyier B, Ochieng HN, et al. Are Kenyan healthcare workers willing to receive the pandemic influenza vaccine? Results from a cross-sectional survey of healthcare workers in Kenya about knowledge, attitudes and practices concerning infection with and vaccination against 2009 pandemic influenza A (H1N1). *Vaccine*. 2010; 29 (19): 3617–22.

18. Damásio A. O livro da consciência: A construção do cérebro consciente. Lisboa: Editora Temas & debates; 2010.

19. Santos S, Cabral A, Augusto L. Knowledge, attitude and practice on dengue, the vector and control in an urban community of the Northeast Region, Brazil. *Ciência Saúde Colectiva*. 2011; 16(supl.1):1319-30.

20. Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropol Matters*. 2009; 11(1):1-13.

21. Almeida L, Freire T. Metodologia da investigação em psicologia e educação. 5ª ed. Braga: Psiquilíbrios; 2008.

22. Pais-Ribeiro J. Metodologias de Investigação em Psicologia da Saúde. 3ª ed. Oliveira de Azeméis, Portugal: Livpsic; 2010.

24. Buccheri C, Mammina C, Giammanco S, Giammanco M, La Guardia M, Casuccio

A, Knowledge, attitudes and self-reported practices of food service staff in nursing homes and long-term care facilities. *Food Control*. 2010;21(10):1367–73.

26. Ma X, He Z, Wang Y, Jiang L, Xu Y, Qian C, et al. Knowledge and attitudes of healthcare workers in Chinese intensive care units regarding 2009 H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect. Dis*. 2011;11(24):1-7.

27. Chan M, Ho A, Day M. Investigating the knowledge, attitudes and practice patterns of operating room staff towards standard and transmission-based precautions: results of a cluster analysis. *J Clin Nurs*. 2008;17(8):1051-1062.

28. Pestana M, Gageiro J. Análise dos dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. 5ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.

QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Andreia Cruz Sousa⁽¹⁾; Cátia Filipa Ferreira Pinheiro⁽¹⁾; Hellen Caroline Lovisi Brandão⁽¹⁾;
Tony Pinheiro Duarte⁽¹⁾; Rosa Cristina Correia Lopes⁽²⁾



Resumo

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica que interfere em vários aspetos da vida diária da pessoa, podendo afetar a sua Qualidade de Vida, e que pelo aumento da sua incidência e prevalência, representa um problema de Saúde Pública.

Surge daí a relevância do seu estudo, tendo como ponto de partida as questões de investigação: “De que forma é que a Diabetes Mellitus interfere na Qualidade de Vida da pessoa?”; “Que intervenções podem ser usadas pelo enfermeiro, na promoção de Qualidade de Vida da pessoa com Diabetes Mellitus?” e como objetivos: Identificar qual a influência da Diabetes Mellitus na Qualidade de Vida da pessoa; Identificar intervenções adotadas pelo enfermeiro, na promoção da Qualidade de Vida na pessoa com Diabetes Mellitus.

A pesquisa efetuou-se nas bases de dados Academic Search Complete, CINAHLPlus, MEDLINE, ScienceDirect, SciELO, PubMed e RCAAP, com os descritores “quality of life”, “diabetes mellitus”, “nursing care”, “adult”, “qualidade de vida” e “diabetes”, e utilizada a estratégia P[I][C]OD, sendo selecionados 12 artigos.

Evidenciou-se o impacto negativo da Diabetes Mellitus na Qualidade de Vida da pessoa em várias dimensões, bem como variáveis, comorbilidades e complicações associadas, e intervenções fundamentais para ajudar a pessoa a adotar estratégias eficazes no ajustamento à doença.

Palavras-chave: qualidade de vida; diabetes; intervenções de enfermagem

Resumen

QUALITY OF LIFE OF A PERSON WITH DIABETES MELLITUS – AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Diabetes Mellitus is a chronic disease that interferes with many aspects of a person's daily life and can affect their Quality of Life, and by increased incidence and prevalence, the disease represents a Public Health Problem.

Thus the relevance to its study, having as starting point the research questions: “How it is that Diabetes Mellitus interferes in the person's Quality of life?”; “What interventions can be used by nurses in promoting the Quality of Life of a person suffering from Diabetes Mellitus?” and as objectives: “Identify the influence of Diabetes Mellitus in the person's Quality of Life”; “Identify interventions adopted by nurses in promoting the Quality of Life of person with Diabetes Mellitus”.

The research was performed at the databases Academic Search Complete, CINAHLPlus, MEDLINE, ScienceDirect, SciELO, PubMed and RCAAP, with the keywords “quality of life”, “diabetes mellitus”, “nursing care”, “adult”, “qualidade de vida” and “diabetes”, and used the P[I][C]OD strategy, being selected 12 articles. It was evident the negative impact of Diabetes Mellitus in the person's Quality of Life, in many dimensions, as variables, comorbidities and associated complications, and fundamental interventions to help the person to adopt effective strategies in adjusting to the disease.

Keywords: quality of life; diabetes; nursing care

Abstract

LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA CON LA DIABETES MELLITUS – UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que interfiere con muchos aspectos de la vida diaria de la persona, lo cual puede afectar su calidad de vida, y mediante el aumento de su incidencia y prevalencia, es un problema de salud pública.

Surge de ahí la importancia de su estudio, tomando como punto de partida las preguntas de investigación: “Cómo es que la diabetes mellitus interfiere en la calidad de vida de la persona?”; “Qué intervenciones pueden ser utilizados por enfermeras en la promoción de la calidad de vida de la persona con Diabetes Mellitus?” y los siguientes objetivos: Identificar la influencia de la diabetes mellitus en la calidad de vida de la persona; Identificar las intervenciones adoptadas por las enfermeras en la promoción de la calidad de vida en la persona con diabetes mellitus.

La investigación, se llevó a cabo en las bases de datos de búsqueda de calidad académica completas, CINAHLPlus, MEDLINE, ScienceDirect, SciELO, PubMed y RCAAP con las palabras clave “calidad de vida”, “diabetes mellitus”, “cuidados de enfermería”, “adulto joven”, “vida” y “diabetes” y se utilizó la estrategia P[I][C]OD, se seleccionaron 12 artículos. Se demostró el impacto negativo de la diabetes mellitus en la calidad de vida de la persona en varias dimensiones y variables, las comorbilidades y complicaciones asociadas, y las intervenciones clave para ayudar a la persona a adoptar estrategias eficaces para ajustarse a la enfermedad.

Palabras clave: calidad de vida; diabetes; intervenciones de enfermeira

Rececionado em junho 2016. Aceite em julho 2016.

⁽¹⁾Licenciado(a) em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

⁽²⁾Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, RN, MSc, PhD

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) define-se como “doença crônica que se desenvolve quando o pâncreas não produz insulina suficiente [...] ou quando o organismo não consegue utilizar com eficácia a insulina que produz.” (World Health Organization, 2016, p.1).

Devido ao seu caráter progressivo, a pessoa com DM tende a deteriorar o seu estado de saúde pelo surgimento de complicações, resultantes do mau controlo glicémico (Sousa e Zauszniewski, 2005, apud Faria et al., 2013). Esta condição interfere em vários aspetos da vida diária, o que poderá acarretar uma depreciação da qualidade de vida (QdV) da pessoa. Assim sendo, e numa perspetiva psicossomática, considera-se crucial compreender de que forma é que a DM interfere na QdV da pessoa e de que forma é possível evitar ou retardar as complicações da mesma.

Pretende-se com esta revisão integrativa da literatura (RIL) dar resposta às questões de investigação: “De que forma é que a DM interfere na QdV da pessoa?”; “Que intervenções podem ser usadas pelo enfermeiro, na promoção da QdV da pessoa com DM?”, tendo como objectivos: Identificar qual a influência da DM na QdV da pessoa; Identificar intervenções adotadas pelo enfermeiro, na promoção da QdV na pessoa com DM.

FUNDAMENTAÇÃO

Estimativas recentes da International Diabetes Federation (2013, apud Santos, Beça e Mota, 2015) indicam que a DM afeta aproximadamente 382 milhões de pessoas, cerca de 8,3% da população mundial e que, em 2035, como consequência do envelhecimento da população e da urbanização, o número de pessoas com DM a nível mundial possa atingir os 592 milhões (International Diabetes Federation, 2013; World Health Organization, 2015, apud Mendes et al., 2015). O aumento evidente da sua incidência, prevalência e complicações torna a DM num problema de

Saúde Pública.

A QdV é definida pela OMS como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization Quality of Life - Group, 1997, apud Santos, Beça e Mota, 2015, p. 187) e, decorrente do conceito de QdV, surge a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) com a “intenção de quantificar as repercussões de uma enfermidade e seu tratamento, de acordo com a percepção que as pessoas apresentam sobre sua capacidade para desenvolver suas potencialidades e ter uma vida plena” (Faria et al., 2013, p. 349).

Posto isto, a DM pode trazer repercussões para a QdV da pessoa a nível do funcionamento físico, psicoemocional e social (Almeida et al., 2012).

Para controlar a DM, a pessoa necessita de seguir um plano alimentar, de incrementar atividade física e utilizar medicamentos para obtenção de um bom controlo metabólico e para prevenção das complicações agudas e crónicas (Michels et al., 2010, apud Zulian et al., 2013). Diversos estudos indicam que as alterações do estilo de vida têm um forte impacto na saúde, podendo retardar a progressão da DM e prevenir ou retardar as suas complicações. Nesta área, os estudos de Yücel, Güler e Ak (2014) evidenciam que o acompanhamento do enfermeiro é fundamental no diagnóstico e no tratamento de vários fatores que interferem na QdV.

MATERIAL E MÉTODOS

No sentido de dar resposta às questões de investigação formuladas, efetuou-se esta RIL, tendo por base a estratégia P[I][C]OD: Participantes – Pessoa adulta com DM; [Intervenções] – Não aplicável; [Comparação] – Não aplicável; Outcomes – Fatores que interferem na QdV da pessoa com DM; Intervenções de enfermagem para a promoção da QdV; Desenho do estudo – Estudos quantitativos primários.

Foram definidos como critérios de inclusão: janela temporal de 6 anos (2011-2016, inclusive); acesso ao texto integral disponível para consulta online; artigos escritos em português ou inglês.

A pesquisa foi realizada no dia 22 de abril de 2016, através do portal EBSCOHost Web, (acessando às bases de dados Academic Search Complete, CINAHL Plus e MEDLINE) e das bases de dados online ScienceDirect, SciELO, PubMed e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Foram utilizadas combinações dos descritores DeCS “quality of life”, “diabetes mellitus”, “nursing care”, “adult”, “qualidade de vida” e “diabetes” de acordo com a base de dados em questão.

Da pesquisa, imergiram 156 resultados, dos quais pela leitura do título foram selecionados 30 artigos, tendo sido excluídos 3 por repetição. Após a leitura do resumo dos 27 artigos, foram excluídos 15 por não corresponderem ao critério de desenho do estudo ou por não possuírem relevância para este. Foram lidos na íntegra 12 artigos que foram selecionados para esta RIL.

RESULTADOS

Dos artigos selecionados, será apresentada uma informação sinótica por ordem cronológica decrescente.

E1: Mendes, Z., Guedes, S., Guerreiro, J. P., Inês, M., Sousa, A. e Miranda, A. (2015) - Autovigilância da doença e qualidade de vida dos doentes diabéticos: estudo observacional em farmácias comunitárias.

Este estudo, descritivo observacional transversal, com 1.479 participantes, utilizando o Audit of Diabetes Dependent Quality of Life (ADDQoL), revelou que: as complicações associadas à DM, reportadas mais frequentemente são a neuropatia (27,3%), retinopatia (22,4%) e nefropatia (11,9%); a vigilância da doença é realizada por um médico de clínica geral, em 80% dos participantes, 25,6% por endocrinologista, 4,4% por nutricionista, 11,5% por outro profissional

de saúde e 0,6% sem acompanhamento; a autovigilância da doença quanto à avaliação da glicemia é realizada por 73% dos participantes e quanto à autovigilância dos pés por 46%, com frequência de, pelo menos, uma vez por semana.

Do total participantes, 77,8% preencheram o ADDQoL, revelando que o impacto ponderado da DM na QdV é percebido como negativo. As variáveis, nefropatia, toma de inulina, idade e retinopatia contribuíram para pior QdV e a variável exercício físico surge associada a melhor QdV.

E2: Santos, S., Beça, H. e Mota, C. (2015) - Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2.

Este estudo, observacional, transversal e analítico, com 231 participantes, utilizando o Perfil de Saúde do Diabético (DHP), evidenciou que as habilitações literárias, os episódios de hipoglicemia grave e as complicações microvasculares tiveram um impacto negativo no género feminino, na dimensão “tensão psicológica” da QdV. As “barreiras à atividade” foram afetadas devido à insulino terapia e a episódios de hipoglicemia grave. As pessoas com menores habilitações literárias e valores glicémicos descontrolados demonstraram pior QdV no domínio “alimentação desinibida”.

E3: D’Souza, M., Venkatesaperumal, R., Ruppert, S., Karkada, N. e Jacob, D. (2015) - Health Related Quality of Life among Omani Men and Women with Type 2 Diabetes.

Este estudo descritivo transversal com 330 participantes, utilizando o Euro QoL - 5 dimensions (EQ-5D) e o Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA), revelou que as características pessoais e clínicas tiveram um efeito positivo significativo na QdV e Estado de Saúde (EdS), encontrando-se uma relação significativa entre os preditores de QdV e EdS nos homens, evidenciada pela ‘duração da diabetes’, ‘cuidados na realização das AVD’s’ e ‘capacidade de gerir positivamente’.

A ‘idade’ e a ‘educação para a DM’ foram preditores significativos de QdV, e os

‘autocuidados’ foram um preditor significativo do EdS entre as mulheres em relação aos homens. A ‘duração da DM’, a ‘educação para a DM’, a ‘capacidade de controlar a doença de forma positiva’, e o ‘IMC’ foram preditores significativos do EdS entre os homens, em comparação com as mulheres.

E4: Yücel, S., Güler, E. e Ak, I. (2014) - Investigation of sleep quality, quality of life, anxiety and depression in patients with diabetes mellitus.

Este estudo de análise seccional cruzada, com 81 participantes, utilizou: “Patients Introduction Form”, “Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)”, “Beck Anxiety Inventory” (BAI), “The Short Form-36 (SF36) Quality of Life Scale” e “Beck Depression Inventory” (BDI), verificando que a maioria das pessoas com DM apresenta uma baixa qualidade do sono (67,9%), existindo paralelamente uma correlação positiva entre idade avançada e desenvolvimento de perturbações do sono. O género revelou que as mulheres apresentam pior qualidade do sono que os homens. Também as variáveis: aumento da duração da doença e presença de comorbilidades se encontram associadas a pior qualidade de sono.

A avaliação através da SF36 revelou uma diferença significativa em relação à ‘idade’, ‘duração da doença’ e ‘sobreposição de doenças crônicas’, evidenciando os efeitos negativos da DM sobre a QdV, especialmente em propriedades funcionais, e quando a doença se prolonga mais de 10 anos e com o avançar da idade.

Não são evidenciadas diferenças significativas na QdV entre as pessoas com DM quanto às propriedades demográficas: género, estado civil, status educacional ou profissão, porém, avaliando em pormenor a associação entre estado civil e QdV na condição funcional, foi observado um aumento notável na QdV.

Constatou-se também que a incidência de depressão e ansiedade é duas vezes maior em pessoas com DM do que na população

geral. Os fatores de stress associados, diferem entre mulheres e homens, sendo os fatores mais stressantes para o género masculino a incapacidade de voltar ao trabalho e problemas na vida sexual. Maior incidência de depressão e ansiedade foram encontrados em pessoas com DM, cuja duração da doença variou entre 6 e 15 anos e quando relacionada com o avançar da idade.

E5: Sañudo, B., Alfonso, R., Cruz, J., Cruz, J. e Cruz, B. (2013) - Influência do nível de atividade física sobre a aptidão física e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos portadores ou não de diabetes mellitus tipo 2.

Este estudo de análise seccional cruzada, com 42 participantes com DMII e 54 sem, que utilizou o questionário internacional de atividade física e a versão curta do questionário de 36 Itens, não revelou diferenças significativas na QVRS e aptidão física, entre pessoas com ou sem DMII e tais resultados não foram influenciados pelo nível de atividade física, no entanto, evidenciou que pessoas insuficientemente ativas apresentam QVRS visivelmente mais baixa comparadas com aquelas com alto nível de atividade física. Encontrou-se também associação positiva entre atividade física e QVRS, em relação a função social, saúde mental, saúde geral e vitalidade, entre pessoas insuficiente e minimamente ativas.

E6: Faria, H., Veras, V., Xavier, A., Teixeira, C., Zanetti, M. e Santos, M. (2013) - Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo.

Estudo quasi experimental, com 51 participantes, utilizando o SF-36, versão portuguesa, mostrou uma melhoria discreta em quase todas as dimensões após a participação em programas educativos. Em relação ao domínio da QVRS, para a componente mental, os scores médios mantiveram-se próximos em todos os aspetos, exceto no aspeto emocional, que diminuiu após a participação no programa, no entanto os domínios referentes

à componente física afetaram mais a QVRS da pessoa com DM do que os relacionados à saúde mental.

E7: Harris, S., Mamdani, M., Galbo-Jørgensen, C., Bøgelund, M., Gundgaard, J. e Groleau, D. (2013) - The Effect of Hypoglycemia on Health-Related Quality of Life: Canadian Results from a Multinational Time Trade-off Survey.

Estudo transversal, com 2133 participantes (1696 pessoas da população geral, 106 pessoas com DMI e 331 com DMII), utilizou o EQ-5D, indicando que qualquer tipo de hipoglicemia tem um impacto negativo na QVRS. Saliendo-se que um episódio hipoglicêmico noturno e/ou grave está associado a um maior impacto negativo (ou seja, uma maior desutilidade) relativamente aos episódios diurnos e/ou não graves.

E8: Zulian, L., Santos, M., Veras, V., Rodrigues, F., Arrelias, C. e Zanetti, M. (2013) - Qualidade de vida de Pacientes com Diabetes Utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39).

Este estudo transversal com 75 participantes, utilizou o questionário de Avaliação de Diabetes 39 (D-39), mostrando que a QdV foi mais afetada nos itens relacionados à dimensão da “sobrecarga social”, como no constrangimento por ter DM, ser chamado de diabético e por esta patologia ter interferido na sua vida familiar. As dimensões “controle da DM”, “sobrecarga social”, “ansiedade”, e “preocupação” evidenciam que as pessoas com DM percebem a perda da vitalidade, enfrentam dificuldades de mobilidade e sentem insatisfação com a sua função sexual. Para os participantes, estes fatores influenciam mais a QdV do que questões específicas que dizem respeito ao controle da DM ou sobre a carga social produzida pela doença. Na dimensão “energia e mobilidade”, o que afetou mais a QdV dos participantes, foram as dificuldades em realizar atividades domésticas e cuidar de si próprios.

E9: Almeida, S., Silveira, M., Santo, P., Pereira, R. e Salomé, G. (2012) - Avaliação da

qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado.

Ensaio clínico, multicêntrico, com 50 participantes com pé ulcerado e 50 sem, utilizando o SF-36, revelou que as pessoas com DM e ulceração nos pés apresentam pior QdV em todas as dimensões, sendo as mais comprometidas: a capacidade funcional e o aspeto físico, social e psicoemocional.

E10: Liu, Y., Maier, M., Hao, Y., Chen, Y., Qin, Y. e Huo, R. (2012) - Factors related to quality of life for patients with type 2 diabetes with or without depressive symptoms – results from a community-based study in China.

Este estudo de amostragem por clusters, com 667 participantes, utilizou o Self-rating Depression Scale, Quality of Life Scale for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus e a Social Support Rating Scale, mostrando que no grupo de pessoas com sintomas depressivos, o ‘salário’ e o ‘suporte social subjetivo’ foram associados positivamente à QdV, enquanto as ‘complicações da DM’ e o ‘tratamento farmacológico’ da mesma tiveram associação negativa. Relativamente à ‘avaliação da glicemia em jejum’, não se encontrou associação com os sintomas depressivos.

No grupo de pessoas sem sintomas depressivos, o ‘salário’ e o ‘suporte social subjetivo’ foram igualmente associados positivamente à QdV assim como a ‘idade’, enquanto o ‘género’, a ‘história de complicações da doença’ e a ‘avaliação da glicemia em jejum’ foram fatores que evidenciaram associação negativa.

E11: Santos, E., Tavares, D., Rodrigues, L., Dias, F. e Ferreira, P. (2012) - Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana.

Estudo transversal e observacional, com 271 participantes da zona urbana e 104 da rural, utilizando o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD.

Na avaliação com WHOQOL-BREF o maior score de QdV foi para as ‘relações sociais’ tanto na zona urbana como na rural,

sendo menor o score de QdV na zona urbana relacionado com o domínio ‘físico’, já na zona rural o menor score foi encontrado no domínio do ‘meio ambiente’. Os idosos na zona urbana apresentaram score de QdV, ajustados por idade, nos domínios ‘físico’ e ‘relações sociais’ inferiores aos da zona rural.

Utilizando WHOQOL-OLD, o maior score na zona urbana foi para o ‘funcionamento dos sentidos’ e na zona rural no domínio da ‘intimidade’. Em relação aos menores scores de QdV o domínio da ‘autonomia’ representou a menor média nas duas zonas. Comparando os grupos da zona urbana e rural, ajustados por idade, foi evidente que os idosos que moram na zona rural apresentaram score de QdV significativamente menor em relação aos da zona urbana nos domínios do ‘funcionamento dos sentidos’ e ‘morte ou morrer’. Os idosos da zona urbana apresentaram menores scores de QdV em relação aos da zona rural nos domínios: ‘autonomia’; ‘atividades passadas, presentes e futuras’; ‘intimidade’. No entanto, os idosos com DM da zona rural apresentam de forma geral, melhores condições sociodemográficas, menor frequência de morbidades e melhores scores de QdV em comparação aos que residem na zona urbana.

E12: Lamers, F., Jonkers, C., Bosma, H., Knottnerus, J. A. e Van Eijk, J. (2011) - Treating depression in diabetes patients: does a nurse-administered minimal psychological intervention affect diabetes-specific quality of life and glycaemic control? A randomized controlled trial.

Ensaio clínico randomizado, com 208 participantes, utilizando o Patient Health Questionnaire – 9, Diabetes Symptom Checklist – Revised e a Problem Areas in Diabetes, revelou que os efeitos da intervenção psicológica mínima dos enfermeiros na QdV das pessoas com DM relativamente aos sintomas de angústia e sofrimento emocional não foram lineares, tendo sido, porém, encontrado um padrão consistente a favor da intervenção, com uma margem de diferença estatisticamente

significativa após os 9 meses. As pessoas com níveis inferiores de escolaridade, em média, tiveram piores resultados que as pessoas do grupo de controlo, nos sintomas de angústia e no sofrimento emocional. Observou-se que a intervenção sobre os sintomas de angústia nos participantes do género masculino teve efeitos significativos, ao contrário do verificado no género feminino.

DISCUSSÃO

Apesar de reconhecida a relevância da avaliação de QdV, constatou-se que não existe um instrumento ideal para avaliar a QdV da pessoa com DM (Aguiar et al., 2008, apud Gusmai, Novato e Nogueira, 2015). Dos artigos selecionados para este estudo, quatro deles, E1, E2, E4 e E8 avaliam diretamente a QdV da pessoa com DM recorrendo a diferentes instrumentos de avaliação, que se baseiam genericamente nas dimensões psicológica, física e social e incluem ainda outras variáveis com impacto negativo na QdV da pessoa com DM.

Relativamente à dimensão psicológica, encontraram-se variáveis associadas a pior QdV da pessoa com DM. O género feminino apresentou diversas dimensões da ‘tensão psicológica’ associadas a pior QdV (E2).

O impacto da hipoglicémia na QVRS foi considerado como negativo (E7), podendo justificar-se pelo medo perante a eminência da ocorrência de futuros episódios hipoglicémicos (Soli, Staven e Kristiansen, 2010, apud Harris et al., 2013) sendo os episódios noturnos considerados mais graves que os diurnos, dado que os episódios noturnos são maioritariamente assintomáticos (Banarer, Cryer e Sleep, 2003, apud Harris et al., 2013), impedindo a pessoa de intervir atempadamente para reverter a situação.

Vários estudos (E4, E6, E8) referem que as condições funcionais são as que demonstram ter mais impacto na QdV da pessoa com DM do que questões específicas do controlo da DM ou da carga social da doença (E8), especialmente quando associadas a outras

doenças crônicas ou com a duração da própria doença (E4). No entanto, a dimensão funcional, quando associada ao estado civil, revelou um aumento notável da QdV (E4), podendo este facto ser explicado pela ajuda do cônjuge e pelo apoio familiar e social nos cuidados pessoais (Yücel, Güler e Ak, 2014).

Na dimensão física, o que mais afetou a QdV, no E8, foram as limitações enfrentadas no dia-a-dia pela pessoa com DM. A corroborar estes resultados, e considerados como ‘barreiras à atividade’, encontra-se o controlo da DM (E8), a insulino-terapia (E1, E2) pelos mitos associados ao seu uso (Santos, Beça e Mota, 2015), e os episódios de hipoglicémia grave (E2), pelo medo das consequências da sua ocorrência (Idem), como também foi referido anteriormente no E7.

Apesar de menor impacto, a QdV da pessoa com DM é também influenciada ao nível da dimensão social, pelo constrangimento de ter DM, por ser chamado de ‘diabético’, e por interferir na sua vida familiar (E8). Existe ainda o estigma social sobre a doença que “rotula” as pessoas com DM como alguém que tem uma desvantagem irreductível, sendo percecionado como um fator de diminuição da QdV (Zulian et al., 2013).

Procuramos evidenciar a influência das variáveis sociodemográficas na QdV da pessoa com DM. O E11 avaliou a QdV dos idosos com DM residentes nas zonas urbana e rural, constatando-se que os da zona rural apresentam melhores condições sociodemográficas e melhores scores de QdV em comparação aos da zona urbana. Isto é justificado pelo facto de os idosos residentes na zona rural serem mais jovens, casados, possuírem maior escolaridade e renda, e residirem com os cônjuges, em relação aos residentes da zona urbana. Além disso, os idosos residentes na zona urbana relatam maior número de comorbilidades, mais problemas de visão, má circulação e problemas cardíacos, quando comparado com os idosos residentes na zona rural (Santos et al., 2012). Apesar do E11, constatar estes resultados,

E4 não encontrou evidências significativas quanto às propriedades demográficas. Dentro das variáveis sociodemográficas, destaca-se ainda a idade avançada associada a pior QdV (E1, E4). Este resultado diverge do E10, em que as pessoas com DM associaram positivamente a idade à QdV. Além disso, quanto à variável género, E3 constatou que as características pessoais e clínicas, entre homens e mulheres, têm efeito positivo na QdV e no EdS da pessoa com DM, porém o E4 aferiu uma fraca associação entre género e QdV. No entanto, no E4 os fatores de stress associados a DM diferem entre mulheres e homens, sendo os fatores mais stressantes para o género masculino a incapacidade de voltar ao trabalho e problemas na vida sexual. A insatisfação com a função sexual é referida em vários estudos em ambos os géneros (E4 e E8).

A DM, pelo seu carácter progressivo, tende a deteriorar o estado de saúde da pessoa, especialmente com o surgir das complicações associadas à mesma (Sousa et al., 2005, apud Faria et al., 2013).

As principais complicações percecionadas e associadas à DM foram: a neuropatia, a retinopatia e a nefropatia, apesar da maioria das pessoas não procurarem ajuda especializada (E1); a ulceração dos pés associada ao sofrimento, a mudanças no estilo de vida e a qualidade do sono, que impossibilitam a pessoa de exercer as suas atividades sociais; a baixa qualidade de sono (E2, E3 e E4), havendo uma correlação positiva entre idade avançada e desenvolvimento de perturbações do sono (Resnick et al., 2003; Ayas et al., 2003; Nilsson et al., 2004; Lopes et al., 2005, apud Yücel, Güler e Ak, 2014); a ansiedade e depressão (E4 e E10), que surge associada às complicações da DM e ao seu tratamento, sendo que E4 refere que a doença pode causar reações mentais/psicológicas graves associadas ao transtorno de adaptação, à DMII, à perceção da doença, à idade avançada e duração da doença (entre 6 a 15 anos); também os resultados de E3 mostram

diferenças da incidência de ansiedade e depressão entre gêneros, apresentando os homens mais autoconfiança na sua habilidade de lidar com a doença sendo menos propensos a sofrer de ansiedade e depressão. No E10, foram destacados os fatores associados a sintomas depressivos na pessoa com ou sem DM, sendo a melhor percepção de QdV relacionada ao melhor ‘salário’ (redução do impacto das despesas médicas) e ao melhor ‘suporte social’ (considerando o apoio que a pessoa recebe) (Liu et al., 2012).

Relativamente às comorbidades associadas à DM, existe uma elevada incidência de hipertensão e cardiopatia (E9). Sabe-se que a doença cardíaca tem pior prognóstico, provocando mais riscos à doença e pior resposta ao tratamento (Uchimoto et al., 1999; Al-Maskari e El-Sadig, 2007, apud Almeida et al., 2012).

Apesar de um dos objetivos definidos neste estudo ser a identificação de intervenções de enfermagem para promoção da QdV na pessoa com DM, a maioria dos estudos (E1, E3, E4, E5, E6, E8, E9 e E11) apenas sugerem intervenções a implementar, apesar de reconhecida a pertinência de perceber que estratégias possam ser criadas para minimizar o impacto da doença no dia-a-dia da pessoa. Neste sentido, apenas o E12 se focou na intervenção de enfermagem, no sentido de avaliar se a intervenção psicológica mínima de um enfermeiro, baseada na educação das pessoas com DM e na responsabilização para a gestão diária da sua doença, perante sintomas depressivos, melhora a sua QdV e o controlo da glicémia. Neste estudo constatou-se que a intervenção foi estatisticamente significativa melhorando a sua QdV e o controlo da glicémia.

Os profissionais de saúde devem direcionar a sua ação com o intuito de minimizar o impacto da doença, percebendo quais as determinantes da QdV se encontram alteradas: ter em atenção as características da pessoa (E1 e E11), considerando as diferenças entre homens e mulheres (E3); atender às

principais comorbidades e complicações (E11); compreender os distúrbios do sono, ansiedade e depressão (E4); redirecionar a atenção das pessoas para os cuidados aos pés (E9); aproveitar a visita domiciliária como oportunidade para promoção da QdV (E11); incentivar ações autónomas e de autocuidado (E11) aconselhar a incorporação de atividade física nas rotinas diárias, como melhoria da aptidão física e possível redução das complicações da doença (E5).

A educação em DM revela-se uma ferramenta essencial para ajudar a pessoa a adotar estratégias eficazes no ajustamento da doença, e que facilite a abordagem dos aspetos relativos ao impacto desta (Zulian et al., 2013), demonstrando E6 uma melhoria discreta em quase todas as dimensões, da QdV, após a participação em programas educativos.

Relativamente à ‘componente mental’, o aspeto emocional diminuiu após a participação nos programas educativos (E6), associado ao contacto da pessoa com a sua real condição de saúde, levando-a a vivenciar desconforto psicológico (Faria et al., 2013).

Gusmai et al., (2015), constataram que, melhores scores de QdV estão relacionados a melhor adesão ao tratamento da DM, sendo decisivo que o enfermeiro supervisione a adesão, considerando as limitações da pessoa e explorando as suas oportunidades (E8).

A participação em programas educativos sobre DM demonstrou contribuir para a melhoria da percepção do seu EdS, possibilitando um maior envolvimento da pessoa em relação ao tratamento e controlo da doença (Faria et al., 2013).

CONCLUSÃO

Pela análise dos resultados, foi evidente o impacto negativo da DM na QdV da pessoa, (respondendo à primeira questão de investigação) associado às dimensões psicológicas, físicas e sociais. Identificando ainda variáveis que se encontram associadas a diferentes percepções da QdV. Como resultado da progressão da doença, as

comorbilidades e complicações, pelas consequências que acarretam, encontram-se fortemente relacionadas com uma pior QdV, nomeadamente: pé diabético (ulceração); pior qualidade do sono e reações mentais e psicológicas (ansiedade e depressão).

Cabe ao Enfermeiro, como prestador de cuidados à pessoa, ser capaz de identificar os fatores referidos à priori e deste modo planear, implementar e avaliar intervenções autónomas de enfermagem que minimizem as implicações das alterações na QdV. Assim, na resposta à segunda questão de investigação desta RIL, foi evidenciada como intervenção de enfermagem para promoção da QdV da pessoa com DM, a intervenção psicológica mínima do enfermeiro perante os sintomas depressivos e o controlo da glicémia.

Apesar da escassa literatura nesta área, vários estudos sugerem intervenções para a prática de enfermagem neste contexto, realçando-se os programas educativos que foram reconhecidos como ferramentas essenciais para ajudar a pessoa a adotar estratégias eficazes no ajustamento da doença.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Sérgio [et al.] – Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. [Em linha]. Vol. 28, nº 1 (2012), p. 142-6. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/24.pdf>

D'SOUZA, Melba [et al.] – Health Related Quality of Life among Omani men and women with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Research*. [Em linha]. 2015. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e8567dcf-4116-4e11-bb93-ac9ac5f8db33%40sessionmgr101&hid=125>

FARIA, Heloisa [et al.] – Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*.

[Em linha]. Vol. 47, nº 2 (2013), p. 348-54. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/11.pdf>

GUSMAI, Luana; NOVATO, Tatiana & NOGUEIRA, Lilia – A influência da qualidade de vida na adesão ao tratamento do paciente diabético: revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [Em linha]. Vol. 49, nº5 (2015), p. 839-846. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0839.pdf>

HARRIS, Stewart [et al.] – The effect of hypoglycemia on Health-Related Quality of Life: Canadian results from a multinational Time Trade-off survey. *Canadian Journal of Diabetes*. [Em linha]. Vol. 38, (2013), p. 45-52. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1499267113012549

LAMERS, Famke [et al.] – Treating depression in diabetes patients: does a nurse-administered minimal psychological intervention affect diabetes-specific quality of life and glycaemic control? A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. [Em linha]. Vol. 67, nº 4, 2011, p. 788-799. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=e8567dcf-4116-4e11-bb93-ac9ac5f8db33%40sessionmgr101&hid=125>

LIU, Yu [et al.] – Factors related to quality of life for patients with type 2 diabetes with or without depressive symptoms – results from a community-based study in China. *Journal of Clinical Nursing*. [Em linha]. Vol. 22, (2012), p. 80-88. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=e8567dcf-4116-4e11-bb93-ac9ac5f8db33%40sessionmgr101&hid=125>

MENDES, Zilda [et al.] – Autovigilância

da doença e qualidade de vida dos doentes diabéticos: estudo observacional em farmácias comunitárias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Em linha]. Vol. 34, nº 1 (2015), p. 11-19. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n1/v34n1a03.pdf>>

SANTOS, Érica [et al.] – Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [Em linha]. Vol. 47, nº2 (2012), p. 393-400. [Consult. 5 mai. 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/reesp/v47n2/17.pdf>>

SANTOS, Soraia; BEÇA, Helena & MOTA, Carla – Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. *Estudos originais*. [Em linha]. Vol. 31, (2015), p. 186-96. [Consult. 5 mai. 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpmgf/v31n3/v31n3a05.pdf>>

SAÑUDO, Borja [et al.] – Influência do nível de atividade física sobre a aptidão física e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos portadores ou não de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. [Em linha]. Vol. 19, nº 6 (2013). [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v19n6/06.pdf>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Global Report on Diabetes: executive summary. [Em linha]. 2016. [Consult. 3 mai. 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>>

YÜCEL, Şebnem; GÜLER, Elem & Ak, İpek – Investigation of sleep quality, quality of life, anxiety and depression in patients with diabetes mellitus. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*. [Em linha]. Vol. 35, nº 1 (2014), p. 39-46. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1369627e-ec0c-4318-b987-b32dc6feb8f8f%40sessionmgr107&hid=125>>

ZULIAN, Luana [et al.] – Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). *Revista Gaúcha Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 34, nº 3 (2013), p. 138-146. [Consult. 22 abril 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a18v34n3.pdf>>

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A *Revista Investigação em Enfermagem (RIE)* publica artigos sobre teoria de investigação, sínteses de investigação e cartas ao director, desde que originais, estejam de acordo com as presentes normas de publicação e cuja pertinência e rigor científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico.

A *RIE* publica também editoriais, notícias e informação geral sobre investigação.

De acordo com o Estatuto Editorial, os domínio dos saberes espelhados na *RIE* situam-se no domínio da enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

Publicam-se nesta secção comentários, observações científicas ou críticas sobre artigos e temas surgidos na revista, assim como dúvidas ou experiências que podem ser resumidas. Quando justificar, a direcção da *RIE* envia aos autores visados as cartas para direito de resposta. *Extensão máxima recomendada 3 páginas.*

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

Artigos sobre teoria, métodos e técnicas de investigação numa construção de saberes original, revisão ou mistos. Estes artigos resultam da reflexão fundamentada sobre temas de investigação, desenvolvidos coerentemente de forma a obter conclusões válidas, podendo resultar da análise crítica da bibliografia relacionada com o tema em questão.

Devem estruturar-se da seguinte forma:

Resumo: Até 150-200 palavras, que contará com breve informação sobre o problema analisado, discutido ou revisto e se for caso o material e métodos utilizados e conclusões.

Palavras Chave: até um máximo de seis palavras que espelhem os conteúdos desenvolvidos.

Introdução: Deve ser breve, focando o tema e os objectivos do trabalho.

Desenvolvimento da temática

Conclusão: Breve e sucinta, focando os elementos fortes do desenvolvimento que constituam novidade científica ou uma nova visão sobre problemáticas já existentes.

Bibliografia: Seguindo a Norma Portuguesa - NP 405-1 (1994), ou outra norma aceite na comunidade científica.

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

Artigos que se constituam em sínteses de investigação e que se estruturam da seguinte forma:

Resumo; Palavras Chave; Introdução (com as características atrás enunciadas)

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

Material e métodos: Descrevendo-se com detalhe os métodos e as técnicas de investigação de forma a que possam ser avaliados e repetidos por outros investigadores.

Resultados: Os resultados devem ser concisos e claros e incluir o mínimo necessário de tabelas e quadros. Apresentam-se de forma a que não exista duplicação e repetição de dados no texto e nas figuras.

Discussão: Comentar os resultados alcançados confrontando-os com a revisão bibliográfica efectuada e relacionando-os com resultados de trabalhos prévios do próprio ou de outros autores.

Conclusão: Breve e sucinta focando os elementos fortes resultantes da investigação e que constituem novidade científica ou um novo equacionar de dados já existentes.

Agradecimentos: Se considerar necessário, nomeia-se pessoas e entidades.

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

As investigações realizadas em instituições carecem de autorização prévia das administrações. Quando se descrevem experiências realizadas em seres humanos deve-se indicar se os procedimentos estão de acordo com as normas da comissão de ética. Não se devem utilizar nomes, iniciais ou números hospitalares.

Deve ser clara a permissão de publicação por entidades/instituições que financiaram a investigação.

A revista não aceita material já publicado. Os autores são responsáveis por obter as necessárias autorizações para a reprodução parcial ou total de material (texto, quadros e figuras) de outras publicações. Estas autorizações devem pedir-se tanto ao autor como à editora.

Na lista de autores devem figurar unicamente as pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho. De forma geral para figurar como autor deve-se cumprir os seguintes requisitos:

- 1 - Ter participado na concepção e realização do trabalho do qual resultou o artigo em questão.
- 2 - Ter participado na redacção do texto e nas eventuais revisões do mesmo.
- 3 - Estar de acordo com a versão que finalmente vai ser publicada.

A **RIE** declina qualquer responsabilidade sobre possíveis conflitos decorrentes da autoria dos trabalhos que se publicam.

Os autores devem mencionar na sessão de métodos se os procedimentos utilizados nos utentes e grupos de controlo se realizaram com o consentimento informado.

Os autores (todos os que constarem na autoria do artigo) devem juntamente com o envio dos originais enviar uma folha onde declarem ceder graciosamente os direitos de publicação do artigo. Daí decorre que um artigo enviado para a **RIE** até rejeição da sua publicação não pode ser enviado para outro periódico.

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: <http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

Podem também ser ser endereçados ao director da **RIE**, *Parque Empresarial de Eiras, lote 19 - 3020-265 Coimbra, ou Apartado 8026, 3021-901 PEDRULHA.*

Neste caso, deve enviar um original em suporte papel dactilografado em espaço duplo, letra 12, papel formato A4, com o tamanho máximo recomendado conforme atrás descrito para cada tipo.

Deve enviar CD com o texto, de preferência em Word, construído de forma simples sem utilização de cor.

Deve acompanhar carta com título do trabalho, nome dos autores, morada e forma de contacto, categoria profissional, título académico, local de trabalho.

Deve acompanhar declaração, manuscrita ou dactilografada em como cedem à **RIE** os direitos de publicação do artigo (identificar título), datado e assinado por todos os autores.

Imagens, figuras e fotografias a inserir, devem ser enviados os originais de forma ordenada e em função da sua introdução sequencial no texto (formato JPEG ou TIFF, com boa resolução).

Tabelas, quadros e gráficos devem ser incluídos(as) por ordem de inclusão no texto. **Os autores devem ter em atenção à sua forma gráfica, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

A taxa de submissão de artigo é de 5€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

A **RIE** acusa a recepção do artigo em carta enviada ao 1º autor. A **RIE** assim que proceder à aceitação do artigo comunica ao 1º autor a data provável de publicação.

Após publicação será(ão) enviada(s) ao(s) autor(es) senha(s) de acesso à **RIE** em formato PDF.

Os juízos e opiniões expressos nos artigos e cartas ao director são dos autores e não necessariamente do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da **RIE**, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais.

A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 15€.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Utilizam-se normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP 405-1 (1994), alguns exemplos:

Monografias;

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0859-9 (Com mais de dois autores utilizar *et al.*)

Artigos de publicações periódicas;

WEBB, Patt – **A sociedade europeia de enfermagem oncológica: passado, presente e futuro**. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, Nº1 (1997), p.11-18.

NOTA FINAL: Todos os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua portuguesa, inglesa e espanhola.