

Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº35 SÉRIE 2 - MAIO 2021

SUMÁRIO / SUMMARY

7

EDITORIAL

PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DE ROTURA DA COIFA DOS ROTADORES: RELATO DE CASO

THE IMPACT OF NURSES' PERSON UNDERWENT TO SURGERY FOR ROTATOR CUFF RUPTURE: CASE REPORT

PERSONA SOMETIDA A CIRUGÍA POR ROTURA DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES: INFORME DE UN CASO

Dora Folgado; Maria do Céu Marques; Alexandra Santos; Luís Manuel Mota Sousa; Maria José Bule

9

EFEITOS DA DANÇA NA PARTURIENTE DURANTE O PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO: UMA SCOPING REVIEW

EFFECTS OF DANCE ON PARTURIENT DURING THE FIRST STAGE OF LABOR: A SCOPING REVIEW

EFFECTOS DE LA DANZA EN PARTURIENTAS DURANTE LA PRIMEIRA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO: UNA SCOPING REVIEW

Cátia Lopes; Maria João Freitas

27

IMPACTO DA AMPUTAÇÃO NA AUTOIMAGEM E NA INDEPENDÊNCIA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

IMPACT OF AMPUTATION ON SELF-IMAGE AND INDEPENDENCE - INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

IMPACTO DE LA AMPUTACIÓN EN LA AUTOIMAGEN Y LA INDEPENDENCIA - REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Adriana Patrício Ferreira; Micaela Jesus Lopes; Cândida Rosalinda Exposto Costa Loureiro

37

EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE PRIMEIROS SOCORROS EM SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES DO 1.º ANO DE ENFERMAGEM

EFFECTIVENESS OF MENTAL HEALTH FIRST AID PROGRAM IN 1ST YEAR NURSING STUDENTS

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PRIMEROS AUXILIOS EN SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE ENFERMERÍA

Sandrina Ribeiro da Cunha; Luís Manuel Jesus Loureiro

49

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA SUBMETIDA A HEMODIÁLISE COM DIAGNÓSTICO DE ANSIEDADE: RELATO DE CASO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD: REPORTE DE CASO

NURSING INTERVENTIONS IN HEMODIALYSIS PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF ANXIETY: CASE REPORT

David Metrogos, Ângela Cruz, Luís Manuel Mota Sousa, Isabel Bico, Maria Frade, Maria de Fátima Marques

61

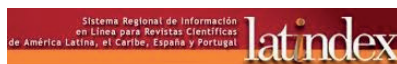
PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO NA PATERNIDADE ATÉ À 1ª INFÂNCIA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

PATERNITY INTERVENTION PROGRAMS UP TO CHILDHOOD: A SCOPING REVIEW PROTOCOL

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN PATERNIDAD HASTA LA 1A INFANCIA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Telma Sofia dos Santos Vidinha, Luisa Teixeira Rocha Filipe, Cristina Maria Figueira Verissimo, Maria Isabel Domingues Fernandes, Armando Manuel Marques Silva, Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira; Maria da Conceição Gonçalves Marques Alegre de Sá; Maria Neto da Cruz Leitão

73



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 REVIEWS

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*

Luis Manuel Mota Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora*

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, Administração/Ownership, Sede do Editor e Sede de Redação: 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€

Conselho de administração: António Fernando Salgueiro Amaral, Carlos Alberto Andrade Margato

Detentores: António Fernando Salgueiro Amaral, Arlindo Reis Silva, Arménio Guardado Cruz, Carlos Alberto Andrade Margato, Fernando Manuel Dias Henriques, João Manuel Petetim Ferreira, José Carlos Pereira Santos, Luís Miguel Nunes de Oliveira, Maria Coelho Ferreira Pereira, Paulo Joaquim Pina Queirós

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

Promoção da atividade física – Um foco de atenção de enfermagem

O aumento da inatividade física que se observa em muitos países, incluindo Portugal, tem implicações relevantes na saúde global. É a quarta causa de mortalidade em todo o mundo, e contribui para o desenvolvimento acelerado de diversas doenças, aumento dos custos de saúde e perda de produtividade (WHO, 2020). De fato, Portugal é um dos países europeus com níveis mais baixos de atividade física (AF), o que deve preocupar as entidades e organizações nacionais (EU, 2018).

É consensual que a prática regular de AF e/ou exercício físico (EF) é uma estratégia de prevenção e gestão para várias doenças não transmissíveis, incluindo diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, obesidade e cancro, e contribui também para o bem-estar mental, aumentando a autoestima e a autoeficácia. Por isso, a AF deve ser parte integrante dos cuidados de saúde padrão (Walsh et al., 2020).

Neste contexto, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm responsabilidades e estão bem posicionados para promover o aumento dos níveis de AF dos seus clientes e população em geral. De fato, a sua proximidade e o conhecimento que detém do utente/doente, das suas diversas características e problemas de saúde, permite serem-lhe reconhecidas competências para, em partilha com uma equipa multidisciplinar, desenvolver e aplicar recomendações direcionadas e o acompanhamento diferenciado necessário para a promoção da AF/EF dos nossos cidadãos (DGS, 2016).

Para além da confiança que a população em geral tem nas competências dos enfermeiros, parece existir também da parte destes uma atitude positiva e entusiasmo em relação à AF na promoção da saúde, e concordância na sua envolvimento nesse processo. Por outro lado, existe alguma evidência sobre a relação entre o comportamento dos enfermeiros e hábitos regulares de AF/EF, e as suas práticas profissionais no que se refere a maior sensibilidade, disponibilidade e probabilidade de promover AF/EF no seu local de trabalho (Walsh et al., 2020).

A própria CIPE® (2015), nos seus diversos eixos (focos, diagnósticos, intervenções e recursos), e a legislação e regulamentos atuais que sustentam a sua prática profissional, confere aos enfermeiros a legalidade e competências em diversos patamares de intervenção na área da AF e EF (Martins & Sousa, 2019).

Perante estas circunstâncias, porque é que os enfermeiros ainda não adotam na sua prática

profissional um papel mais interventivo neste âmbito?

Os fatores serão diversos, dependendo dos contextos onde atuam. Alguns autores, referem a presença de indefinição das suas funções e intervenções nesses contextos, mas também a falta de conhecimento e informação atualizado na área da AF e do EF, que inibe e contribui para a falta de confiança na capacidade de fornecer aos seus utentes/doentes informações e recomendações corretas e precisas neste âmbito (Walsh et al., 2020).

Assim, e integrado na Estratégia Nacional de Promoção de Atividade Física 2016-2025 (DGS, 2016), torna-se premente e essencial o suporte, treino e formação nos currículos académicos da licenciatura e pós-graduações de enfermagem, mas também na formação contínua dos enfermeiros em geral, e dos enfermeiros especialista em particular. Por outro lado, há necessidade da sua participação e colaboração em projetos de investigação, incluídos em equipas multidisciplinares, que permitam o fornecimento de dados significativos, para definir as intervenções mais adequadas. Estas estratégias irão contribuir para que se desenvolvam atitudes positivas e de confiança, para garantir aos futuros e atuais enfermeiros, as competências necessárias para que a promoção da AF e do EF, faça parte dos seus focos de atenção prioritários no seu dia a dia do seu exercício profissional, e para uma melhor qualidade de vida da população.

Os enfermeiros não devem substituir os profissionais especializados em AF, no entanto, eles devem ser capazes de aconselhar os seus clientes de forma adequada sobre os diversos componentes de AF/EF, e encaminhá-los aos profissionais e recursos adequados, quando necessário.

Arménio Cruz, Corpo Editorial, RIE

Referências bibliográficas

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2016). Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar. Autor. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-da-saude-e-do-bem-estar-pdf.aspx>
- European Union (2018). Special Eurobarometer 472 - Sport and physical activity. Executive Summary. doi: <https://10.2766/599562>
- Martins, M & Sousa, L (2019) Atividade física e exercício físico: fundamentos e aplicações em enfermagem de reabilitação. RPER, Vol. 2, nº 1, p: 4-5.
- Walsh, L. M., Callaghan, H. P., & Keaver, L. M. (2020). Physical activity knowledge, attitudes and behaviours among Irish nursing students. *International Journal of Health Promotion and Education*, 00(00), 1–11. <https://doi.org/10.1080/14635240.2020.1729221>
- WHO (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://apps.who.int/iris>

PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DE ROTURA DA COIFA DOS ROTADORES: RELATO DE CASO

Dora Folgado⁽¹⁾; Maria do Céu Marques⁽²⁾; Alexandra Santos⁽³⁾; Luís Manuel Mota Sousa⁽⁴⁾; Maria José Bule⁽⁵⁾



Resumo

Objetivo: Definir um plano de cuidados de enfermagem para uma pessoa submetida a cirurgia da rotura da coifa dos rotadores do ombro esquerdo no pós-operatório imediato. **Método:** Estudo descritivo desenvolvido a partir de estudo de caso clínico relativo a um doente de 47 anos, submetido a intervenção cirúrgica ortopédica de rotura da coifa dos rotadores do ombro esquerdo. A colheita de dados foi realizada através de entrevista estruturada e consulta do processo clínico. Na fundamentação foi selecionado o modelo de Atividades de Vida Diária de Roper, Logan e Tierney, a informação recolhida foi organizada com recurso ao fluxograma e lista de validação de Case Report. Para o estabelecimento do plano de cuidados de enfermagem seguiu-se a taxonomia CIPE, NOC e NIC. **Resultados:** Foram identificados sete diagnósticos de enfermagem (dor musculoesquelética aguda, défice no autocuidado, ferida cirúrgica atual, risco de hemorragia, risco de infeção, risco de retenção urinária e risco de trombose venosa profunda), optamos por apresentar só os três diagnósticos efetivos: dor musculoesquelética aguda; défice no autocuidado; ferida cirúrgica atual. **Conclusão:** A intervenção do enfermeiro na recuperação da pessoa centra-se especificamente nos cuidados de conforto e bem estar, nos cuidados à ferida cirúrgica e na preparação para a alta, tendo como objetivo prevenir complicações e promover a cicatrização, contribuindo para uma recuperação pós-operatória mais eficiente.

Descritores: Plano de Cuidados de Enfermagem, Lesões do Manguito Rotador, Dor musculoesquelética, Ferida Cirúrgica.

Abstract

PERSON UNDERWENT TO SURGERY FOR ROTATOR CUFF RUPTURE: CASE REPORT

Objective: To define a nursing care plan for a person who underwent surgery to rupture the left rotator cuff in the immediate postoperative period.

Method: Descriptive study developed from a clinical case study related to a 47-year-old patient who underwent orthopedic surgical intervention to rupture the left rotator cuff. Data collection was carried out through structured interviews and consultation of the clinical process. The Roper, Logan and Tierney model of Daily Living Activities was selected on the basis, and the information collected was organized using the Case Report flow chart and validation list. To establish the nursing care plan, the taxonomy CIPE, NOC and NIC was followed. **Results:** Seven nursing diagnoses were identified (acute musculoskeletal pain, deficit in self-care, current surgical wound, risk of bleeding, risk of urinary retention and risk of deep vein thrombosis), we chose to present only the three effective diagnoses: acute musculoskeletal pain; deficit in self-care; current surgical wound. **Conclusion:** The nurse's intervention in the person's recovery focuses specifically on comfort and well-being care, surgical wound care, and preparation for discharge, aiming to prevent complications and promote healing, contributing to post-recovery, more efficient operation.

Descriptors: Patient Care Planning, Rotator Cuff Injuries, Musculoskeletal Pain, Surgical Wound.

Resumen

PERSONA SOMETIDA A CIRUGÍA POR ROTURA DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES: INFORME DE UN CASO

Objetivo: Definir un plan de cuidados de enfermería para una persona intervenida de rotura del manguito rotador izquierdo en el postoperatorio inmediato.

Método: Estudio descriptivo desarrollado a partir de un estudio de caso clínico relacionado con un paciente de 47 años que fue sometido a una intervención quirúrgica ortopédica para rotura del manguito rotador izquierdo. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas estructuradas y consulta del proceso clínico. El modelo de actividades de la vida diaria de Roper, Logan y Tierney se seleccionó en el fundamento, la información recopilada se organizó utilizando el diagrama de flujo del informe de caso y la lista de validación. Para establecer el plan de cuidados de enfermería se siguió la taxonomía CIPE, NOC y NIC. **Resultados:** Se identificaron siete diagnósticos de enfermería (dolor musculoesquelético agudo, déficit en el autocuidado, herida quirúrgica actual, riesgo de sangrado, riesgo de infección, riesgo de retención urinaria y riesgo de trombosis venosa profunda), elegimos presentar solo los tres diagnósticos efectivos: dolor musculoesquelético agudo; déficit en el autocuidado; herida quirúrgica actual. **Conclusión:** La intervención del enfermero en la recuperación de la persona se centra específicamente en el cuidado de la comodidad y el bienestar, el cuidado de la herida quirúrgica y la preparación para el alta, con el objetivo de prevenir complicaciones y promover la cicatrización, contribuyendo a una operación posrecuperación más eficiente.

Descritores: Planificación de Atención al Paciente, Traumatismos del Manguito Rotador, Dolor Musculoesquelético, Herida Quirúrgica.

Submetido em fevereiro 2021. Aceite para publicação em março 2021

⁽¹⁾ Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. l37047@alunos.uevora.pt; ORCID: 0000-0003-3021-9620

⁽²⁾ Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. mcmarques@uevora.pt; ORCID: 0000-0003-2658-3550

⁽³⁾ Hospital da Misericórdia de Évora, Unidades Luz Saúde, Évora, Portugal. xandra_santos@hotmail.com ; ORCID: 0000-0001-6237-7047

⁽⁴⁾ Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. luismmsousa@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9708-5690

⁽⁵⁾ Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. mjosebule@uevora.pt; ORCID: 0000-0002-0511-2920

INTRODUÇÃO

A articulação do ombro é constituída por cinco articulações que trabalham conjuntamente para o movimento normal do ombro: três articulações sinoviais (esternoclavicular, acromioclavicular e gleno-umeral) e duas articulações fisiológicas (escapulo-torácica e subdeltoideia). As articulações gleno-umeral e escapulo-torácica são responsáveis pela maior parte do movimento deste complexo articular. O ombro permite também que a escápula realize movimentos de protração, retração, elevação e depressão (Santos et al., 2017; Silva, 2015). O ombro é assim a articulação que permite ao membro superior grande amplitude dos movimentos, levando a que seja uma articulação com reduzida estabilidade e elevado risco de lesão. Assim, esta articulação necessita de um conjunto alargado de elementos que lhe conferem estabilidade. As estruturas que vêm dar estabilidade dinâmica são os músculos da coifa de rotadores (CR), e os elementos da estabilidade passiva são tendões, ligamentos e labrum glenoide (Correia, 2016; Santos et al., 2017; Silva, 2015).

A CR comporta quatro músculos (supraespinhoso, infraespinhoso, pequeno redondo, e subescapular) e um tendão em torno da cabeça do úmero (tendão da longa porção do bicípite) que controlam a abdução, rotação interna e rotação externa. É responsável pela estabilização da articulação gleno-umeral e contribui para a força e mobilidade do ombro (Egroot, 2017; Silva, 2015). O supraespinhoso é o músculo responsável não só pelo início da abdução como também pelo movimento completo de abdução do ombro. É o músculo principal de suporte e cinética do ombro. O infraespinhoso e o pequeno redondo são rotadores externos do ombro, atuando o infraespinhoso com o braço em posição neutra e o pequeno redondo trata-se do rotador externo mais ativo na rotação externa a 90º de abdução. O subescapular é o rotador interno principal do ombro (músculo mais largo da CR) (Silva, 2015).

A idade é considerada uma das principais causas de doenças neurodegenerativas encontradas na população, como é o caso da rotura da CR – considerada como uma patologia traumática do ombro. A incidência da rotura da CR aumenta à medida que a idade avança em cerca de 1 em cada 2 após os 70 anos de idade. Entre os 40 e os 60 anos temos uma taxa de incidência de cerca de 4% e acima dos 60 anos a incidência é de 54%. Esta patologia manifesta-se geralmente em idade superior a 40 anos, em caso de surgir antes dos 40 anos a patologia deve-se a situações de trauma ou cirurgia prévia. Para além da idade, a rotura da CR pode estar associada a três tipos de traumatismos: microtraumatismos de repetição, macrotraumatismos ou outra lesão relacionada com a luxação da articulação gleno-umeral (Egroot, 2017).

A doença da coifa dos rotadores (DCR) refere-se a tendinopatias e roturas, parciais e/ou totais de um ou mais tendões da CR. É ainda frequente o síndrome do conflito subacromial (SCS) no ombro e muitas vezes relacionada a DCR. A frequência de roturas totais da CR varia de 5% a 40% com um aumento de incidência de DCR em idades avançadas (Panzina & Gutierrez, 2013; Silva, 2015). Os fatores de risco identificados para a DCR podem ser não mecânicos e mecânicos. Dentro dos fatores não mecânicos temos a idade, já referida anteriormente, os hábitos tabágicos, história familiar relativamente à hipercolesterolemia. Como fatores mecânicos consideramos a posição de decúbito lateral a dormir (devido ao peso do corpo sobre o ombro levando à inflamação e degeneração do tendão), utilização de cadeiras de rodas (devido à elevação que fazem com os membros superiores para aliviar a região nalgueira), desportos e profissões que impliquem movimentos repetitivos do braço em movimentos de rotação interna e elevação acima do nível da cabeça, e história de trauma – queda por exemplo (Correia, 2016; Silva, 2015).

A etiologia da omalgia é de difícil diagnóstico devido à complexidade da articulação do ombro e às várias patologias que podem originar dor que irradia para o ombro. A omalgia é um dos sintomas músculo-esquelético que leva a que os doentes recorram ao médico com mais frequência, apresentando uma prevalência na população geral entre 16% e 26%. A principal causa da omalgia são as roturas da CR e o primeiro exame imagiológico a ser realizado é a telerradiografia simples. Trata-se de um exame bastante utilizado na avaliação da CR pois os achados imagiológicos podem indiretamente sugerir patologia da CR ou fornecer informação adicional para o seguimento clínico. Neste caso particular, o doente em estudo para além da telerradiografia, realizou também ressonância magnética nuclear (RMN) para avaliação completa do ombro. Este exame permite diferenciar de forma detalhada todas as estruturas pertencentes à articulação do ombro, sendo através dele possível diagnosticar e avaliar todo o espectro da patologia da CR (desde tendinite a rotura parcial e/ou total) (Frias, 2013; Panzina & Gutierrez, 2013). Grande parte dos doentes que apresentam omalgia são tratados pelo médico de família sendo nalgumas vezes necessário o encaminhamento para a reabilitação de modo a ajudar a melhorar a força e mecânica articular do doente. O tratamento envolve períodos de descanso moderado, anti-inflamatórios não esteroides, exercício físico específico, reabilitação e injeção de corticoesteróides (Panzina & Gutierrez, 2013). Em último caso, e apenas quando nenhum dos anteriores é eficaz, recorre-se então à cirurgia, que pode ser por artroscopia ou por via aberta (Panzina & Gutierrez, 2013; Silva, 2015).

Quanto à dor, pode surgir com início abrupto de dor no ombro, como uma pontada, associada a um evento traumático (queda sobre o braço, alcançar alguma coisa acima da altura do ombro), ou início da dor de forma gradual, dor do tipo moinha, sem que haja melhoria, em que o doente não relaciona a dor a

nenhuma causa. A dor torna-se mais constante com a progressão da doença e aumenta com movimentação do braço quando se realizam movimentos acima do ombro sendo que ao final do dia se encontra com maior intensidade. A dor é o sintoma mais comum da patologia da rotura da CR, no entanto existem doentes assintomáticos, que não apresentam dor, mas sim perda de força do membro superior, nomeadamente ao realizarem o movimento de abdução do braço sendo frequente a deteção de crepitações (Panzina & Gutierrez, 2013; Silva, 2015).

Tal como mencionado anteriormente, para o tratamento da doença da CR, quando nenhum dos tratamentos é eficaz, recorre-se à intervenção cirúrgica, que pode ser por artroscopia ou por via aberta. No caso em estudo a intervenção cirúrgica foi realizada por via aberta, sendo esta abordagem ainda a mais usual para a reparação da CR. Nesta intervenção é realizada uma incisão de cerca de 10-15cm na porção superior do ombro, mais especificamente no músculo deltoide. Um dos pontos mais importantes na reparação da CR é a mobilização do tendão retraído para o seu local de inserção na grande tuberosidade. Este tipo de cirurgia pode ser realizado em regime de internamento ou em ambulatório, tendo neste caso o doente ficado internado, com alta médica no dia seguinte à intervenção cirúrgica (Frias, 2013). Atendendo a este contexto, prendemos definir um plano de cuidados de enfermagem para uma pessoa submetida a cirurgia de rotura da coifa dos rotadores do ombro esquerdo no pós-operatório imediato.

MÉTODOS

Este trabalho foca-se num método de estudo de caso, relativo a um doente de 47 anos admitido no dia 26 de novembro de 2020 no serviço de internamento cirúrgico de um Hospital a sul de Portugal, para intervenção cirúrgica ortopédica de rotura da coifa dos rotadores à esquerda. Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo, tendo como finalidade incidir sobre a intervenção de enfermagem

neste tipo específico de cirurgias (Andrade et al., 2017).

Os dados apresentados foram recolhidos através de entrevista direta ao doente e através da consulta do seu processo clínico, onde foram anexados os exames complementares de diagnóstico: telerradiografia ao membro superior esquerdo, RMN, Exsudado nasofaríngeo não detetável para SARS-CoV-2 - COVID-19, assim como os resultados hematológicos (hemograma, coagulação, bioquímica). Toda a informação recolhida foi mantida de forma confidencial e foi salvaguardada a privacidade do doente, tendo sido cumpridas as normas deontológicas (Ordem dos Enfermeiros, 1998). Deste modo, o doente foi informado acerca da realização do presente trabalho tendo concordado com o mesmo e assinado previamente o documento de consentimento informado.

De forma a organizar conceptualmente o meu pensamento em contexto hospitalar, bem como para a elaboração do presente documento, selecionei a Teoria de Roper, Logan e Tierney (Roper et al., 2001), para auxílio no planeamento personalizado de intervenções. Esta teoria vê a pessoa como um sistema aberto, em constante interação com o meio ambiente, dando origem a 12 atividades de vida diárias (AVDs) principais, ou seja, um conjunto de atividades ou tarefas que cada pessoa realize e perceçione as mesmas AVDs de forma diferente, tendo em conta as suas próprias circunstâncias.

Segundo esta teoria, o enfermeiro deve estar capacitado para analisar a pessoa à luz da sua idiossincrasia, identificando os fatores condicionantes ao seu comportamento, contextualizando o ambiente em que a pessoa se situa. Para tal considera fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. Esta teoria apresenta também como importante a identificação do nível de independência de cada pessoa em cada AVD, programando intervenções com base no seu desempenho. O objetivo final da teoria de Roper, Logan e Tierney é que cada pessoa

atinga elevados níveis de autossatisfação e de independência nas AVDs, considerando as suas características individuais. Estes indicadores são identificados como nível de saúde. Assim, a enfermagem é vista como a ajuda à pessoa, de forma a aliviar, resolver ou prevenir o aparecimento de problemas potenciais relacionados com as AVDs (Roper et al., 2001).

Assim, começámos por fazer a colheita de dados relativos ao sr. JT, no momento da sua admissão no serviço de internamento de cirurgia do HME, depois no Bloco Operatório (BO) e durante a intervenção cirúrgica e por fim no internamento, depois de ser transferido da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Estes dados foram utilizados para proceder-se à aplicação da teoria supracitada, para uma elaboração adequada e bem fundamentada do Plano de Cuidados de Enfermagem.

A informação recolhida foi organizada segundo as instruções e com recurso ao fluxograma e lista de validação de Case Report (Riley et al., 2017). A partir daí elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas. Os focos e os diagnósticos de enfermagem foram identificados de acordo com a taxonomia Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem – CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), os resultados obtidos foram sustentados de acordo com a taxonomia e os indicadores da Nursing Outcome Classification – NOC (Moorhead et al., 2015), e as intervenções de enfermagem de acordo com a Nursing Intervention Classification - NIC (Bulechek et al., 2015).

O presente estudo de caso é relativo ao sr. JT, admitido no serviço de internamento de cirurgia do HME no dia 26 de novembro de 2020 pelas 08h15min, acompanhado pela sua esposa, para ser submetido a intervenção cirúrgica de rotura da coifa dos rotadores à esquerda. Trata-se de um doente que tem como antecedentes pessoais obesidade e antecedente cirúrgico de apendicectomia.

Apresenta como comorbilidades dor no ombro à mobilização, rigidez e diminuição da força muscular. Na véspera da cirurgia foi contactado telefonicamente pelo Médico Anestésista a fim de realizar a consulta de anestesia.

O sr. JT assinou consentimento informado para o procedimento cirúrgico rotura da coifa dos rotadores à esquerda, bem como para a proposta de anestesia geral balanceada. Pelo facto de ter tido a oportunidade de acompanhar o doente em todo o procedimento: pré-operatório (admissão do doente no internamento de cirurgia do HME), intraoperatório e pós-operatório (regresso do doente ao internamento bem como no dia seguinte na alta médica), foi-me permitido observar e contactar com a Norma da DGS 02/2013 “Cirurgia segura, salva vidas” (Direção Geral de Saúde, 2013). Segundo os parâmetros da mesma, foi seguida a lista de verificação de segurança cirúrgica, nomeadamente: antes da indução anestésica no que se refere à identificação da pessoa, do procedimento cirúrgico, da confirmação do local do procedimento, à verificação da

marcação do local a ser intervencionado, à confirmação quanto a alergias, à funcionalidade da oximetria e do acesso venoso periférico, à classificação da via aérea/risco de aspiração, ao risco de perda de sangue superior a 500ml. Antes da incisão na pele é necessária novamente confirmação da identificação da pessoa, do procedimento cirúrgico, do local do procedimento, confirmação da administração da profilaxia antibiótica nos últimos 60 minutos, se foi administrada profilaxia tromboembólica, o cirurgião refere a perda de sangue prevista, o anestésista refere se existe alguma preocupação específica (neste caso estabilidade hemodinâmica e via aérea), a equipa de enfermagem confirma a esterilização e o funcionamento dos equipamentos, e por fim se são realizados exames imagiológicos essenciais ou outros. De acordo com a classificação da American Society of Anesthesiologists–ASA (Monahan et al., 2010), o doente foi classificado pelo Médico Anestésista como um ASA III pelo facto de ter sido uma intubação orotraqueal difícil.

Atividades de Vida Diária segundo a Teoria de Roper, Logan e Tierney (Roper et al., 2001)

Manutenção de ambiente seguro: À data de admissão SARS Covid 19, resultado negativo; cumpriu o uso de máscara cirúrgica. Na admissão: consciente e orientado, com 15 na Escala de Glasgow. Não realiza medicação no domicílio. Nega alergias alimentares ou medicamentosas. Baixo risco de queda pela Escala de Morse, score de 15, no pós-operatório baixo risco de queda com um score de 35. Escala de Barthel somatório de 100 pontos na admissão (independente) e 80 pontos no pós-operatório (dependência moderada). Risco de infecção por ferida cirúrgica e cateter venoso periférico.

Comunicação: Doente consciente, orientado e comunicativo. Apresenta dor no local da ferida grau 4.

Respiração (e cardiovascular): Fumador (cerca de 20 cigarros dia). Na enfermaria encontrou-se normotenso, com frequência cardíaca (FC) entre os 78 e os 89 bpm e saturação periférica (SPO2) entre os 95 e os 96% e eupneico. Sem sinais de compromisso neurocirculatório. No bloco operatório (BO) apresentou avaliação de 8 segundos no índice de apgar cirúrgico. Na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) encontrou-se hemodinamicamente estável, com SPO2 de 99% com aporte de O2 por óculos nasais (ON) a 4l/min.

Alimentação: Possui prótese dentária superior parcial. Tem 90kg de peso e 1,63cm de altura, IMC de 33,9 – obesidade grau I. Cumpriu jejum de mais de 8h. Regressa do BO com dieta geral, após tolerar dieta líquida. Alimenta-se de forma autónoma. Não apresenta nenhum episódio de náuseas ou vômitos.

Eliminação: Não refere ter alterações no padrão urinário e intestinal. Teve micções no urinol e após o levante teve micções no wc. Teve dejeção no wc no dia seguinte à intervenção cirúrgica.

Higiene Pessoal e Vestuário: Pele e cabelo sem alterações, mucosas coradas e hidratadas. Aplicada a escala de Braden apresenta pontuação 21 (baixo risco de úlceras por pressão).

Controlo da temperatura corporal: Fez vigilância profilática da temperatura, desde 48h antes da cirurgia, valores inferiores a 37 °C. Durante o internamento encontrou-se sempre apirético.

Mobilidade: À admissão, apresenta uma postura ereta, sem alterações no padrão de marcha, conseguindo mobilizar-se, transferir-se e deslocar-se com facilidade. Realizou primeiro levante no dia após a cirurgia que decorreu sem intercorrências.

Trabalho e lazer: É ativo profissionalmente. Durante o internamento ocupa o tempo a ver televisão.

Expressão da sexualidade: A esposa é uma presença constante no discurso. Tem aparência cuidada a nível da higiene, barba, cabelo e pele.

Sono: Não apresenta alterações no sono, dorme cerca de 8/9 horas noite. Durante o internamento sem alterações.

Morte: Sem informação.

Avaliação inicial da pessoa

Apresentação de sintomas relacionados com o episódio

- Diagnóstico médico: rotura da coifa dos rotadores à esquerda;
- Sinais e sintomas: dor no ombro à mobilização, rigidez do ombro e diminuição da força muscular;
- Antecedentes pessoais: obesidade;
- Outras informações: apresenta como antecedente cirúrgico apendicectomia. Sem antecedentes familiares.

Exame físico (últimas 24h)

- Exsudato nasofaríngeo para pesquisa de SARS Covid 19 negativo;
- Peso: 90kg, Altura: 1,63cms; IMC 33,9 - obesidade grau I.
- Sinais vitais à admissão no HME:
TA 147/80mmHg, TT 36,4°C, FC 78bpm, SpO2 96%, Dor 3 segundo Escala numérica (Direção Geral de Saúde, 2003)
- Sinais vitais à admissão no BO:
TA 153/67mmHg, FC 76bpm, SpO2 100%
- Sinais vitais à admissão na UCPA:
TA 152/90mmHg, FC 72bpm, SpO2 99%, Dor 0 segundo Escala numérica (Direção Geral de Saúde, 2003)
- Sinais vitais quando regressou ao internamento (pós-cirúrgico):
TA 143/91mmHg, FC 89bpm, SpO2 95%, Dor 7 segundo Escala numérica (Direção Geral de Saúde, 2003)
- Sinais vitais no dia seguinte à cirurgia:
TA 142/88mmHg, FC 88bpm, SpO2 95%, Dor 1 em repouso e 3/4 à mobilização segundo Escala numérica (Direção Geral de Saúde, 2003).

História da doença atual

- Verbaliza dor no ombro à mobilização, rigidez do ombro e diminuição da força muscular, com algumas limitações nas AVDs.
- Internamento atual para cirurgia ortopédica eletiva para sutura da coifa dos rotadores à esquerda. Doente de 47 anos de idade admitido no serviço de internamento de cirurgia do HME, pelas 08h15min do dia 26 de novembro de 2020.

Avaliação diagnóstica de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

- Dor musculoesquelética aguda (10012337); Défice no autocuidado (10023410); Ferida cirúrgica (10019265) atual (10000420); Risco (10015007) de hemorragia (10008954); Risco (10015007) de infeção (10010104); Risco (10015007) de retenção urinária (10034631); Risco (10015007) de trombose venosa profunda (10027495).

Intervenções terapêuticas iniciais

Terapêutica medicamentosa

No internamento:

- Antes da transferência para o BO: conforme protocolo terapêutico de ortopedia fez Lorazepam 1mg PO (benzodiazepina com ação sedativa, ansiolítica e hipnótica, usado como adjuvante da anestesia geral); Solução polieletrólítica com Dextrose 5% EV.

- Quando regressou do BO: Paracetamol 1gr EV, Metamizol Magnésico 2gr EV, Enoxaparina 40mg SC, Cetorolac 30mg EV, Pantoprazol 40mg PO, Tramadol 100mg e Metoclopramida 10mg EV.

No BO:

- Indução anestésica: Midazolam 2mg, Fentanilo 0,1mg, Propofol 200mg, Rocurônio 50mg, O₂/Ar Sevoflurano, Perfusão de Ionosteril com Glucose. Como analgesia no local da incisão foi feita infiltração de Lidocaína com Adrenalina e Ropivacaína 7,5%.

- Intraoperatório: Cefazolina 2g EV (profilaxia antibiótica, 30min antes da incisão), Paracetamol 1gr EV, Cetorolac 30mg EV, Esomeprazol 40mg, Rocurônio 200mg, Ondansetron 4mg, Sugammadex 2ml.

- UCPA: continua com a perfusão de Ionosteril com Glucose EV, Fentanilo 0,1mg, Tramadol 200mg e Metoclopramida 10mg, Hidrocortisona 100mg.

Após a alta médica: Vimovo, Skudexa, Paracetamol, Nolotil. Doente com indicação para realizar penso de 3 em 3 dias e retirar pontos 15 dias após a cirurgia.

Intervenções de Enfermagem (NIC) (Bulechek et al., 2015)

Para diagnóstico de dor musculoesquelética aguda: Administração de Analgésicos (2210), Controle da Dor (1400).

Para diagnóstico de défice no autocuidado (10023410): Assistência no autocuidado (1800), Vestir (1630), Banho (1610), Imobilização (0910), Plano de Alta (7370).

Para diagnóstico de ferida cirúrgica atual: Proteção Contra Infecção (6550), Cuidados com Local de Incisão (3440), Aplicação de Frio (1380).

Avaliação dos resultados e intervenções

Seguimento/ Avaliação de resultados NOC (Moorhead et al., 2015)

Para diagnóstico de dor musculoesquelética aguda: Conhecimento: controle de dor (1843) e Controle da dor (1605).

Para o diagnóstico de défice de autocuidado: Autocuidado: atividades da vida diária (AVD) (0300) e Condição para a Alta: vida independente (0311).

Para diagnóstico de ferida cirúrgica atual: Cicatrização de Feridas: primeira intenção (1102).

Relatório do caso segundo CARE

Tendo em conta os cuidados de enfermagem prestados ao Sr. JT no pós-operatório durante o internamento, foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Dor musculoesquelética aguda, défice no autocuidado, ferida cirúrgica atual, risco de hemorragia, risco de infeção, risco de retenção urinária e risco de trombose venosa profunda (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Apesar da relevância de cada um destes

diagnósticos e da atenção que lhes foi dada na prestação de cuidados, no presente documento consideramos três deles como prioritários – dor musculoesquelética aguda; défice no autocuidado e ferida cirúrgica atual – para os quais se encontram abaixo sistematizadas as intervenções e resultados, com recurso às taxonomias da NIC (Bulechek et al., 2015) e da NOC (Moorhead et al., 2015).

1. DOR MUSCULOSQUELÉTICA AGUDA (10012337)				
“Sensação de dor com origem nos músculos, articulações ósseas ou dentes; esta sensação é habitualmente referida como profunda e dorida; ativada pelos movimentos de partes do corpo ou de todo o corpo, mas presente também nos períodos de repouso” (Ordem dos Enfermeiros, 2015)				
RESULTADOS (NOC)	Indicadores (Moorhead et al., 2015)	Pontuação inicial 26/11/2020 (dia da cirurgia)	Pontuação final 27/11/2020 (dia da alta médica)	Escala de Pontuação
1843 – Conhecimento: controle da dor	184301 – Causas e fatores contribuintes da dor	5	5	Nenhum conhecimento - 1 Conhecimento limitado - 2 Conhecimento moderado - 3 Conhecimento substancial - 4 Conhecimento vasto - 5
	184302 – Sinais e sintomas da dor	5	5	
	184303 – Estratégias de controle da dor	4	5	
	184306 – Uso correto da medicação prescrita	5	5	
	184322 – Técnicas efetivas de posicionamento	4	5	
	184326 – Aplicação efetiva de frio	4	5	
	184337 – Estratégias de controle preventivo da dor	4	5	
1605 – Controle de dor	160502 – Reconhece o início da dor	5	5	Nunca demonstrado – 1 Raramente demonstrado - 2 Algumas vezes demonstrado – 3 Frequentemente demonstrado - 4 Consistentemente demonstrado – 5
	160501 – Descreve fatores causadores	4	4	
	160504 – Uso de medidas de alívio não analgésicas	4	5	
	160505 – Uso de analgésicos conforme recomendado	5	5	
	160513 – Relato de mudanças de sintomas da dor ao profissional de saúde	5	5	
	160509 – Reconhecimento dos sintomas associados da dor	4	5	
	160511 – Relato da dor controlada	5	4	

INTERVENÇÕES**(NIC)**

(Bulechek et al., 2015)

2210 - Administração de Analgésicos

- Verificar a prescrição médica quanto ao medicamento, dose e frequência do analgésico prescrito.
- Verificar histórico de alergias a medicamentos.
- Escolher o analgésico ou a combinação de analgésicos apropriados quando há prescrição de mais de um.
- Determinar o analgésico preferido, a via de administração e a dose para obter analgesia adequada.
- Atender às necessidades de conforto e realizar outras atividades que ajudem a relaxar, a fim de facilitar a resposta à analgesia.
- Administrar analgésicos em horários fixos para evitar picos e depressões da analgesia, especialmente em caso de dor intensa.
- Orientar o doente para solicitar medicação para a dor antes que ela piore.
- Avaliar a eficácia dos analgésicos em intervalos regulares e frequentes após cada administração, especialmente após as primeiras tomas, observando se ocorrem sinais e sintomas de efeitos colaterais.
- Documentar a resposta ao analgésico e todos os efeitos colaterais.

1400 - Controle da dor

- Realizar uma avaliação completa da dor incluindo local [neste caso, o ombro], características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores [neste caso, no primeiro dia de pós-operatório - dia da cirurgia no turno da tarde - referiu em repouso dor intensa de grau 7 na escala numérica da dor, no segundo dia - dia da alta médica - referiu em repouso dor ligeira de grau 1 na escala numérica da dor e à mobilização dor ligeira a moderada de grau 3/4].
- Assegurar cuidados de analgesia ao doente.
- Explorar o conhecimento e as crenças do doente sobre a dor.
- Determinar o impacto da experiência da dor sobre a qualidade de vida.
- Explorar com o doente os fatores que melhoram/pioram a dor.
- Avaliar, com o doente e a equipa de saúde, a efetividade das medidas passadas de controlo da dor que foram utilizadas.
- Utilizar um método apropriado de avaliação que permita a monitorização de alterações na dor e que possam auxiliar na identificação dos fatores precipitantes reais e potenciais (p. ex., tabela, diário).
- Controlar fatores ambientais que possam influenciar a resposta do doente ao desconforto (p. ex., temperatura ambiente, iluminação, ruídos).
- Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor (p. ex., medo, fadiga, monotonia, falta de conhecimento).
- Considerar o tipo e a fonte da dor ao escolher a estratégia de alívio da dor.
- Encorajar o doente a monitorizar sua própria dor e a intervir apropriadamente.
- Orientar sobre o uso de técnicas não farmacológicas (p. ex., relaxamento, distração, aplicação de frio) antes, depois e, se possível, durante atividades dolorosas, antes que a dor ocorra ou aumente e juntamente com outras medidas de alívio da dor.
- Explorar o uso atual do doente de métodos farmacológicos de alívio da dor.
- Orientar sobre os métodos farmacológicos de alívio da dor.
- Encorajar o paciente a utilizar a medicação adequada para a dor.
- Proporcionar o alívio ideal da dor do doente com o uso dos analgésicos prescritos.
- Utilizar medidas de controlo da dor antes de a dor se tornar severa.
- Avaliar a efetividade das medidas de controlo da dor utilizadas durante a avaliação da experiência da dor.
- Instituir e modificar as medidas de controlo da dor com base na resposta do doente.
- Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor.

2. DÉFICE NO AUTOCUIDADO (10023410)				
“Capacidade para realizar autocuidado” (Ordem dos Enfermeiros, 2015)				
RESULTADOS (NOC)	Indicadores (Moorhead et al., 2015)	Pontuação inicial 27/11/2020 (no internamento)	Pontuação final 27/11/2020 (após ensinos)	Escala de Pontuação
0300 – Autocuidado: atividades da vida diária (AVD)	030002 – Vestir-se	4	4	Gravemente comprometido – 1 Muito comprometido – 2 Algumas Moderadamente comprometido – 3 Levemente comprometido – 4 Não comprometido – 5
	030004 – Tomar banho	3	4	
	030005 – Arranjar-se	4	4	
	030006 – Higiene	4	5	
	030012 – Posicionar-se	4	5	
0311 - Condição para a Alta: vida independente	031113 – Obtenção da assistência necessária	4	5	Nunca demonstrado – 1 Raramente demonstrado - 2 Algumas vezes demonstrado – 3 Frequentemente demonstrado - 4 Consistentemente demonstrado – 5
	031106 – Descrição dos sinais e sintomas ao profissional de saúde	4	5	
	031107 – Descrição dos tratamentos prescritos	4	5	
	031108 – Descrição do risco de complicações	3	4	
	031110 – Desempenho das atividades de vida diária (AVD), de forma independente	3	4	
	031117 - Participação no planeamento da alta	4	4	

**INTERVENÇÕES
(NIC)**
(Bulechek et al.,
2015)

1800 – Assistência no autocuidado

- Ter em conta a cultura do doente ao promover atividades de autocuidado.
- Ter em conta a idade do doente ao promover atividades de autocuidado.
- Monitorizar a capacidade do doente para autocuidado independente.
- Monitorizar a necessidade do doente de dispositivos de adaptação para higiene pessoal, colocação da roupa, arrumação da aparência, higiene íntima e alimentação.
- Proporcionar um ambiente terapêutico, garantindo uma experiência de calor, relaxamento, privativa e personalizada.
- Oferecer os artigos pessoais desejados (desodorizante, escova de dentes, sabonete).
- Dar assistência até que o doente esteja completamente capacitado a assumir o autocuidado.
- Encorajar a independência, mas interferir quando o paciente tiver dificuldades no desempenho.
- Ensinar familiares a encorajarem a independência, a interferirem apenas quando o doente não consegue realizar as coisas.

1630 – Vestir

- Identificar áreas em que o doente precisa de auxílio para vestir-se.
- Monitorizar a capacidade do doente para vestir.
- Vestir o doente após realização da higiene pessoal.
- Vestir primeiro a extremidade afetada, conforme apropriado.
- Vestir roupas que não limitem os movimentos do corpo, conforme apropriado.
- Vestir as suas próprias roupas, conforme apropriado.
- Auxiliar até que o doente esteja totalmente capacitado a assumir a responsabilidade pelo ato de vestir-se.

1610 – Banho

- Auxiliar o banho do doente em cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou na cadeira de banho, conforme apropriado ou desejado.
- Lavar o cabelo, conforme a necessidade e a vontade do doente.
- Dar banho ao doente em água com temperatura agradável.
- Auxiliar nos cuidados com o períneo, se necessário.
- Auxiliar com as medidas de higiene (uso de desodorizante ou perfume).
- Monitorar a capacidade funcional durante o banho.

0910 – Imobilização

- Posicionar a parte do corpo conforme apropriado.
- Apoiar a parte do corpo afetada, neste caso com recurso a ligadura e apoiando com o membro contrário.
- Imobilizar o braço lesionado em posição flexionada, conforme apropriado.
- Movimentar a extremidade lesionada o mínimo possível.
- Estabilizar articulações proximais e distais no imobilizador, quando possível.
- Monitorar a circulação na parte do corpo afetada.
- Ensinar o doente a observar e cuidar do imobilizador.

7370 – Plano de Alta

- Auxiliar o doente e familiares a prepararem-se para a alta.
- Determinar as capacidades do doente para a alta hospitalar.
- Colaborar com o médico, paciente e familiares e outros membros da equipa de saúde no planeamento da continuidade dos cuidados de saúde.
- Identificar a compreensão que o doente e o cuidador principal têm dos conhecimentos ou habilidades necessários após a alta.
- Identificar as necessidades de ensino do doente para o cuidado após a alta.
- Monitorizar a agilidade do doente para a alta.
- Auxiliar o doente e familiares a planearem o ambiente de apoio necessário ao oferecimento de cuidado pós-hospitalar ao doente.
- Encorajar o autocuidado, quando apropriado.
- Organizar a alta para o nível seguinte de atendimento.

3. FERIDA CIRÚRGICA (10019265) ATUAL (10000420)

“Corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pús” (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

RESULTADOS (NOC)	Indicadores (Moorhead et al., 2018)	Pontuação inicial 26/11/2020 (dia da cirurgia)	Pontuação final 27/11/2020 (dia da alta médica)	Escala de Pontuação
1102 – Cicatrização de feridas: primeira intenção	110201 - Aproximação da pele	5	5	Nenhum - 1
	110213 - Aproximação das bordas de ferimento	5	5	Limitado - 2
	110214 - Formação de cicatriz	4	4	Moderado - 3
				Substancial - 4
				Extenso - 5
	110202 – Drenagem purulenta	5	5	Extenso - 1
	110209 – Edema perilesão	3	4	Substancial - 2
110221 – Odor desagradável na ferida	5	5	Moderado - 3	
			Limitado - 4	
			Nenhum - 5	

INTERVENÇÕES (NIC)

(Bulechek et al., 2015)

6550 – Proteção contra infeção

- Monitorar sinais e sintomas sistémicos e locais de infeção.
- Monitorar a vulnerabilidade a infeções.
- Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem.
- Examinar as condições de todas as incisões/feridas cirúrgicas.
- Monitorar as mudanças no nível de energia/mal-estar.

3440 – Cuidados com local de incisão

- Explicar o procedimento ao paciente usando percepção sensorial.
- Examinar o local da incisão quanto a hiperemia, edema ou sinais de deiscência.
- Observar as características de qualquer drenagem.
- Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão.
- Limpar a área ao redor da incisão com solução de limpeza adequada [neste caso utilizou-se soro fisiológico para limpeza e betadine para desinfeção].
- Limpar da área mais limpa para a mais suja.
- Monitorar sinais e sintomas de infeção na incisão.
- Usar material esterilizado [foi mantida a técnica asséptica durante a realização do penso] e com extremidades de gaze para uma limpeza eficiente da sutura.
- Aplicar penso apropriado para proteger a incisão.
- Trocar o penso a intervalos apropriados ou sempre que necessário [neste caso visto que o penso se encontra limpo e seco externamente no dia da cirurgia, foi trocado no dia seguinte – dia da alta médica – tendo o doente levado a informação médica para realização do penso de 3 em 3 dias].

1380 – Aplicação de gelo

- Explicar o uso do frio, o motivo do tratamento e como afetará os sintomas do paciente.
- Escolher um método de estimulação que seja conveniente e esteja prontamente disponível [neste caso são utilizadas bolsas próprias para colocação de gelo - sacos].
- Determinar a disponibilidade e condições de funcionamento seguras para todo o equipamento usado para aplicação de frio.
- Envolver o dispositivo de aplicação de frio com pano protetor.
- Cronometrar todas as aplicações cuidadosamente.
- Aplicar frio diretamente ao local afetado ou próximo a ele.
- Examinar o local com cuidado em busca de sinais de irritação da pele ou dano tissular durante os primeiros cinco minutos e, depois, com frequência, ao longo do tratamento.
- Avaliar a condição geral, a segurança e o conforto durante o tratamento.

Foi possível observar no intraoperatório que se trata de uma ferida cirúrgica com cerca de 20 agrafes, protegida por penso compressivo. Na UCPA o doente manteve-se hemodinamicamente estável, com SPO2 de 99% com aporte de O2 a 4 l/min por óculos nasais, calmo, consciente e orientado com penso operatório limpo e seco externamente. Foi cumprida analgesia e crioterapia. Não teve micção espontânea, no entanto não aparentou globo vesical.

O doente regressou ao internamento, proveniente da UCPA, cerca das 13:20 e à chegada encontrava-se calmo, consciente e orientado, ligeiramente sonolento, mas despertável a estímulos verbais. Manteve-se hemodinamicamente estável, apirético e com o penso operatório limpo e seco externamente. Não apresentava alterações neurocirculatórias aparentes. Foi dada continuidade à crioterapia iniciada na UCPA durante todo o internamento, levando a que o membro superior permanecesse com edema moderado até à alta hospitalar.

Quanto à eliminação vesical, de modo a que o doente manifestasse vontade de urinar, foi incentivado ao reforço hídrico. Teve micção espontânea pouco tempo depois de regressar da UCPA sem que houvesse formação de globo vesical.

A ferida cirúrgica apresentou boa evolução cicatricial, sutura sem sinais inflamatórios, sem exsudado purulento, sem cheiro fétido e sem perdas sanguíneas significativas. Conforme indicação médica o doente tem indicação para realização de penso de 3 em 3 dias e retirar agrafes 15 dias após a intervenção cirúrgica. Tem ainda indicação para imobilização e suspensão do membro intervencionado e ligeira abdução do mesmo. É fundamental identificar a compreensão do doente quanto aos conhecimentos e ensinamentos transmitidos durante o internamento. É também importante identificar possíveis dúvidas que o doente tenha, pois é essencial que o doente no seu domicílio se encontre autónomo nas suas AVDs, bem como saber

o que pode ou não fazer, de modo a não comprometer a sua recuperação. Foi-lhe dada alta médica cerca das 15:30, tendo saído do serviço de internamento de cirurgia do HME acompanhado pela esposa.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente trabalho foi a apresentação de um estudo de caso referente a um doente com rotura da CR, submetido a intervenção cirúrgica de sutura da coifa dos rotadores à esquerda por via aberta. Esta patologia do ombro pode afetar tanto as atividades de vida diária como a capacidade de trabalho do doente.

A artroscopia é uma cirurgia de referência comparativamente à cirurgia por via aberta pelos benefícios que apresenta (pequena incisão a nível do deltoide, traumatismo reduzido, melhor aceitação do paciente, dor pós-cirúrgica reduzida, recuperação mais rápida com bons resultados funcionais) (Egropo, 2017), no entanto não existe evidência científica que comprove qual das abordagens apresenta melhores resultados, apesar de a artroscopia estar cada vez mais conhecida (Panzina & Gutierrez, 2013).

Neste caso particular a abordagem cirúrgica utilizada no doente em estudo foi a cirurgia por via aberta, em regime de internamento. Segundo Frias (2013), a reparação da coifa dos rotadores através deste tipo de abordagem apresenta normalmente bons resultados, com elevado grau de satisfação do doente, revelando uma percentagem superior a 94% de doentes que se encontram satisfeitos ou muito satisfeitos com o resultado da cirurgia. Cerca de 1 ano após a cirurgia, 78% dos doentes desempenha o seu trabalho sem quaisquer alterações (Panzina & Gutierrez, 2013). Estudos revelam que, apesar dos benefícios da intervenção cirúrgica por artroscopia, a abordagem por via aberta continua a ser a mais utilizada pelos cirurgiões, principalmente em caso de grandes ruturas ou de ruturas maciças. Vários estudos demonstram ainda que uma percentagem de doentes entre os 80% e os

100% submetidos a este tipo de abordagem – via aberta – apresentam resultados bons a excelentes tanto no alívio da dor e entre 75% a 95% quanto na melhoria funcional (Ghodadra et al., 2009).

Cabe ao enfermeiro proceder ao levantamento dos diagnósticos de enfermagem e para isso é fundamental fazer-se uma observação do doente num todo. Em seguida, o enfermeiro organiza os cuidados a prestar ao doente, intervém e reavalia o doente, tendo como objetivo a recuperação do mesmo. Os três diagnósticos considerados como principais para o presente trabalho foram a dor musculoesquelética aguda, défice de autocuidado e a ferida cirúrgica atual. Tal como referido anteriormente todos os diagnósticos levantados durante a prestação de cuidados de enfermagem são bastante relevantes, no entanto todos eles são considerados como um risco. Podem efetivamente vir a acontecer e por isso devemos estar atentos a possíveis sinais e sintomas que possam surgir. No entanto, para o presente trabalho, a minha escolha foi baseada naquilo que existe efetivamente. A ferida cirúrgica está presente e é fundamental a vigilância do local cirúrgico, no sentido de perceber se o penso se encontra limpo e seco externamente. No dia após a cirurgia foram prestados os cuidados à ferida cirúrgica com limpeza, proteção e controlo da pele, sendo o objetivo evitar a ocorrência de complicações e permitir a cicatrização da ferida de forma rápida. A observar: o local da incisão quanto a hiperemia, edema ou sinais de deiscência, odor, calor, dor, observar se a ferida cirúrgica está a drenar e em caso afirmativo observar as suas características. É também fundamental observar as extremidades, neste caso do membro superior esquerdo, de modo a verificar se há ou não compromisso neurocirculatório.

Após a cirurgia, é recomendado que os doentes evitem realizar exercícios de carga com o membro intervencionado, devendo manter a imobilização do mesmo. Segundo evidência científica, o protocolo de exercícios no pós-operatório inclui exercícios passivos de

mobilização articular e utilização de suspensão para o braço durante 6 semanas (Ghodadra et al., 2009). Assim sendo, torna-se pertinente o levantamento do diagnóstico de défice no autocuidado. O autocuidado é o conceito central na Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea de Orem. Segundo a autora, esta teoria divide-se em três que se relacionam entre si, sendo uma delas a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica a razão pelo qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem. Esta teoria tem como ideia central mostrar a importância dos cuidados de enfermagem em função do doente que tivermos perante nós, que pode apresentar diferentes limitações dependendo da sua condição de saúde (Queirós & Vidinha, 2014). Podemos afirmar então que a teoria do autocuidado serve como um referencial para a assistência de enfermagem, e que a educação em saúde faz parte das mudanças no modo de agir com os doentes, servindo como estratégia da enfermagem para a promoção de uma melhor qualidade de vida ao doente. Assim, a teoria do autocuidado de Orem tem um papel fundamental para a prática de enfermagem pois serve como guia para a prestação de cuidados de qualidade por parte dos enfermeiros, sendo fundamental a ação educativa por parte dos enfermeiros. Esta teoria ajuda os enfermeiros a facultarem habilidades e conhecimentos necessários ao doente de modo a que este entenda a sua condição de saúde, contribuindo para a capacidade do doente para cuidar de si próprio (Braga & da Silva, 2017) facilitando a transição para o regresso a casa mais seguro.

Neste caso específico, é fundamental que o doente seja instruído de como deverá proceder para posicionar-se no leito, vestir-se e como realizar a sua higiene, visto que se encontra com a limitação de não poder mobilizar o membro intervencionado. É importante fazer o ensino ao doente para evitar estar deitado sobre o membro intervencionado, ter a cabeceira elevada de modo a sentir-se confortável e, por conseguinte, diminuir a dor do membro. Instruir o doente que deverá começar por

vestir o membro afetado e só depois o outro, e para despir começar a fazê-lo pelo membro são, assim como dar preferência a roupas que não limitem os movimentos do corpo. Relativamente à suspensão é importante fazer o ensino ao doente de como retirar e colocar. Durante o banho deve ser retirada para que não se molhe e pode ser substituída, por exemplo por uma ligadura, de modo a manter o membro flexionado e em suspensão. Durante o banho é importante que, numa primeira fase, o doente tenha ajuda ou de um profissional de saúde ou de um cuidador (domicílio) de modo a que o próprio consiga com o membro contrário apoiar o intervencionado, mantendo a sua imobilização, movimentando o mínimo possível, enquanto o cuidador o ajuda no banho.

Outro aspeto importante é a dor. Segundo Ghodadra et al. (2009), a abordagem cirúrgica por via aberta está associada a maior dor pós-operatória comparativamente à abordagem por via artroscópica, levando a que não seja possível o início precoce da reabilitação, e conseqüentemente conduzindo a uma recuperação mais lenta. A dor musculoesquelética aguda, foi considerado como foco principal visto ser um dos fatores causador da limitação de amplitude e já presente antes da cirurgia. O sr. JT referiu dor intensa no pós-cirúrgico, não só à mobilização como também em repouso no leito. Foi aplicada a escala numérica da dor para a sua avaliação, tendo o doente referido em repouso, no pós-operatório, dor intensa de grau 7. No dia da alta refere dor ligeira e grau 1 em repouso e à mobilização do ligeira a moderada de grau 3/4. A crioterapia (consiste num tratamento com frio utilizado na fase aguda trazendo benefícios no processo inflamatório no pós-operatório) é fundamental tanto para a diminuição da dor como para a diminuição de todos os componentes do processo inflamatório pois promove uma vasoconstrição, diminuindo assim, o fluxo de sangue no local da aplicação.

Limitações:

Considera-se como limitação do presente estudo o facto de a alta ter sido precoce, no dia seguinte à cirurgia, e não haver no hospital em causa uma estrutura organizada que possibilite a continuidade dos cuidados pós alta. Esta situação impossibilitou a avaliação de algumas intervenções direcionadas ao autocuidado.

CONCLUSÃO

No presente estudo de caso foi analisado o caso clínico relativo a um doente de 47 anos submetido a intervenção cirúrgica ortopédica de sutura da coifa dos rotadores do ombro esquerdo, sob anestesia geral balanceada, mais especificamente quanto aos cuidados de enfermagem prestados no internamento.

A principal causa da omalgia são as roturas da coifa dos rotadores, que apresenta como tratamento períodos de descanso moderado, a toma de anti-inflamatórios não esteroides, realização de exercício físico específico, realização de reabilitação e corticoesteróides. Quando não existe melhoria da sintomatologia recorre-se então à cirurgia, que pode ser por via artroscópica ou por via aberta. Apesar de a artroscopia estar cada vez mais conhecida e de apresentar uma recuperação mais rápida, a abordagem cirúrgica por via aberta continua a ser a mais realizada, especialmente em casos de grandes roturas ou de roturas maciças. É importante referir que a abordagem cirúrgica por via aberta, encontra-se associada a maior dor pós-cirúrgica comparativamente à artroscopia, levando ao atraso do início de cuidados de reabilitação e a uma recuperação mais lenta.

O papel do enfermeiro na recuperação desta cirurgia é importante, nomeadamente nos cuidados prestados à ferida cirúrgica, tendo como objetivo evitar a ocorrência de complicações e permitindo uma cicatrização da ferida cirúrgica num intervalo de tempo mais reduzido, contribuindo para uma mais rápida recuperação pós-operatória, levando a maior alívio da dor dos doentes em recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, S. R. d., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(4).
- Braga, A. M., & da Silva, E. A. J. R. p.-u. (2017). Peplau X Orem: interação e autocuidado como estratégia da assistência de enfermagem. 8(1).
- Bulechek, B., Butcher, H. K., Dochterman, J., & Wagner, C. (2015). *NIC Classificação das intervenções de enfermagem*. Elsevier Brasil.
- Correia, J. P. (2016). *Aparelho locomotor: Função neuromuscular e adaptações à atividade física* (2 ed.). Faculdade de Motricidade Humana.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor - Circular Normativa 09/2003*.
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Norma 02/2013 "Cirurgia segura, salva vidas"*.
- Egropo, M. C. E. V. (2017). *Fisioterapia após artroscopia por rotura da coifa dos rotadores: abordagem mais eficaz-uma revisão bibliográfica [Bachelor, Universidade Fernando Pessoa]*.
- Frias, D. (2013). *Síndrome do Ombro Doloroso-Patologia da Coifa dos Rotadores. Abordagem Clínica, Diagnóstico e Tratamento*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Ghodadra, N. S., Provencher, M. T., Verma, N. N., Wilk, K. E., & Romeo, A. A. (2009). Open, mini-open, and all-arthroscopic rotator cuff repair surgery: indications and implications for rehabilitation. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 39(2), 81-A86.
- Monahan, F. D., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Perspectivas de Saúde e Doença*. Lusodidacta, oitava edição, 3.
- Moorhead, S., Moorhead, M., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2015). *NOC Classificação dos resultados de enfermagem*. Elsevier Brasil.
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Panzina, A., & Gutierrez, M. (2013). *Rutura maciça da coifa dos rotadores: Soluções? Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 21(3), 297-312.
- Queirós, P. J. P., & Vidinha, T. S. d. S. J. R. d. E. R. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. (3), 157-164.
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., & Sox, H. (2017). *CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218-235.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem roper-logan-tierney: baseado nas actividades de vida diária*.
- Santos, B. D., Ferreira, N., & Sevivas, N. (2017). *Instabilidade Glenoumeral Traumática do Ombro*. *Rev. Medicina Desportiva informa*, 8(5), 27-29.
- Silva, L. (2015). *Rotura da coifa dos rotadores: qual a melhor abordagem clínica? [Msc, Universidade da Beira Interior]*.

EFEITOS DA DANÇA NA PARTURIENTE DURANTE O PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO: UMA SCOPING REVIEW

Cátia Lopes⁽¹⁾; Maria João Freitas⁽²⁾



Resumo

Introdução: A dança durante o primeiro estágio do trabalho de parto parece apresentar benefícios para a parturiente ao nível da gestão da dor e da evolução fisiológica do trabalho de parto, contribuindo para uma experiência de parto positiva. Contudo, ainda se encontra pouco estudada como estratégia terapêutica.

Objetivo: Identificar o conhecimento existente sobre os efeitos da utilização da dança como estratégia não farmacológica de alívio da dor na parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

Métodos: Desenvolvida scoping review através do método Joanna Briggs Institute, nas fontes de dados MEDLINE e CINAHL, em outubro de 2020.

Resultados: Foram incluídos quatro artigos relevantes que cumpriram os critérios de inclusão, sendo três, estudos randomizados, onde a dança foi utilizada em grupos de intervenção, tendo sido avaliada a dor bem como os principais efeitos da dança em parturientes no primeiro estágio do trabalho de parto.

Conclusões: A dança durante o primeiro estágio do trabalho de parto enquadra-se nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, reduzindo a dor, o medo e ansiedade, culminando numa maior satisfação durante o trabalho de parto.

Palavras-chave: Dança; Parturiente; Trabalho de Parto; Primeira Fase do Trabalho de Parto

Abstract

EFFECTS OF DANCE ON PARTURIENT DURING THE FIRST STAGE OF LABOR: A SCOPING REVIEW

Introduction: Dance during the first stage of labor seems to present benefits for the parturient at the level of the management of the pain, and the physiological evolution of labor, contributing to a positive labor experience. However, the studied as a therapeutic strategy is little.

Objective: Identify the existing knowledge about the effects of the use of dance as a non-pharmacological strategy for pain relief in the parturient during the first stage of labor.

Methods: Developed scoping review through the Joanna Briggs Institute method, in the MEDLINE and CINAHL data sources, in October 2020.

Results: Four relevant articles that met the inclusion criteria were included, three of them were randomized studies, where dance was used in intervention groups, and pain was evaluated, as well as the main effects of dance on parturient in the first stage of labor.

Conclusions: Dancing during the first stage of labor fits into non-pharmacological pain relief strategies, reducing pain, fear and anxiety, culminating in greater satisfaction during labor.

Keywords: Dance Therapy; Pregnant Women; Labor Stage, First Labor Stage

Resumen

EFFECTOS DE LA DANZA EN PARTURIENTAS DURANTE LA PRIMEIRA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO: UNA SCOPING REVIEW

Introducción: La danza durante la primera etapa del trabajo de parto parece presentar beneficios para el parto a nivel del manejo de la parturienta y la evolución fisiológica del trabajo de parto, contribuyendo a una experiencia positiva. Sin embargo, poco se estudia como una estrategia terapéutica.

Objetivo: Identificar los conocimientos existentes sobre los efectos del uso de la danza como una estrategia no farmacológica para el alivio del dolor, durante la primera etapa del trabajo de parto.

Métodos: Desarrolló la revisión de scoping a través del método del Instituto Joanna Briggs, en las fuentes de datos MEDLINE y CINAHL, en octubre de 2020.

Resultados: Se incluyeron cuatro artículos relevantes que cumplían con los criterios de inclusión, tres de los cuales fueron estudios aleatorios, donde se utilizó danza en grupos de intervención, y fueron evaluados el dolor, así como los principales efectos de la danza en las parturientas en la primera etapa del trabajo de parto.

Conclusiones: Bailar durante la primera etapa del trabajo de parto encaja en estrategias de alivio del dolor no farmacológico, reduciendo el dolor, el miedo y la ansiedad, culminando en una mayor satisfacción durante el parto.

Submetido em fevereiro 2021. Aceite para publicação em abril 2021

⁽¹⁾ Cátia Lopes, Mestranda em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Licenciatura em Enfermagem na ESEL, Enfermeira no Hospital Garcia de Orta.

E-mail: catia.andreia.lopes@hgo.min-saude.pt

⁽²⁾ Maria João Freitas, Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESEL), Licenciatura em Enfermagem (ESEFG), Professora Adjunta na ESEL.

E-mail: maria.freitas@esel.pt

Introdução

Cada vez mais as mulheres ganham voz nas decisões relativas ao seu trabalho de parto, procurando nos cuidados de enfermagem, cuidados humanizados, que conduzam a um trabalho de parto normal, e que respeitem as suas decisões, culminando numa experiência de parto positiva. Todavia a medicalização do trabalho de parto (TP) tem sido descrita como um processo sociocultural, que tem levado a uma maior institucionalização das mulheres, sendo o parto visto como um evento hospitalar e cirúrgico (Leão, Riesco, Schneck, & Angelo, 2013). Esta situação, não tem que ser vista como negativa, pois as intervenções práticas, tecnológicas e sofisticadas também contribuíram para a redução das taxas de mortalidade e morbidade materno-infantis. No entanto, estas práticas levaram à destituição da mulher no seu papel ativo durante o TP (Ordem dos Enfermeiros, & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2010).

O trabalho de parto é um processo fisiológico ao qual se associa a dor, provocada por fortes contrações, que estimulam a dilatação do colo do útero e conduzem à expulsão do feto e da placenta. Assim, a implementação de estratégias de alívio da dor, são cruciais para a progressão do trabalho de parto, para o conforto, bem-estar e autocontrole da parturiente.

Conhecendo o processo fisiológico do TP, importa ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, (EESMO) garantir um parto normal e sem complicações, diminuindo os níveis de dor, ansiedade e tentando promover uma experiência de parto positiva, fazendo recurso de estratégias que aliviam a dor, tais como o uso da dança, associada à música, à liberdade posições e movimentos, que são intervenções fáceis, acessíveis e eficazes durante o primeiro estágio do trabalho de parto (dilatação).

Como objetivo de identificar o conhecimento existente sobre os efeitos da utilização da dança como estratégia não farmacológica de alívio da dor na parturiente durante o primeiro

estádio do trabalho de parto, efetuou-se uma revisão da literatura-scoping review. Mais especificamente, com esta revisão pretendeu-se dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais os efeitos da dança na parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto?

Fundamentação

O cuidado prestado à grávida em TP sofreu modificações principalmente após a segunda metade do século XX, quando o parto passou a ser um evento hospitalar, instrumentalizado e cirúrgico (Leão, Riesco, Schneck, & Angelo, 2013), o que levou à perda de protagonismo da principal interveniente neste processo, passando a parturiente a assumir um papel secundário relativamente às decisões alusivas ao seu trabalho de parto.

O EESMO é um dos profissionais de saúde que prestam cuidados à mulher em TP, atua em defesa de um parto normal, pelo que deve empoderar as mulheres com informações relativas ao desenvolvimento do TP, alívio e controle da dor, promovendo a sua participação e uma consciente tomada de decisão.

As estratégias não farmacológicas de alívio da dor (ENFAD), constituem-se como uma importante ferramenta para a gestão da dor na parturiente em particular durante o primeiro estágio do trabalho de parto/dilatação (PETP), são seguras, estão menos associadas a eventos adversos e são fáceis de utilizar (Gokyildiz, Ozturk, Avcibay, Alan, & Akbas, 2018; Jones, Othman, Dowswell, Alfirevic, Gates, Newburn, & Neilson, 2012).

A dança é uma ENFAD usada para ajudar a parturiente a lidar com a sua dor, que permite a adoção de diversas posições que facilitam a insinuação e rotação fetal, acelerando o TP (Miquelutti, Cecatti, Morais, & Makuch, 2009); Ondeck, 2014). Neste sentido verifica-se que a dança favorece a normalidade no PETP, minimizando intervenções desnecessárias, o que está alinhado com o cuidado prestado pelo EESMO, e que inclui o uso de medidas preventivas e promotoras de um parto normal

(International Council of Midwives, 2014).

A dança surge nas tribos, como forma de promover a ligação entre as vivências terrestres e espirituais, celebrando eventos, e transformando mitos em rituais. Com o desenvolvimento da sociedade, a dança foi igualmente assumindo várias vertentes, sendo encarada como uma forma de expressão, utilizada por diversas áreas, tornando-se numa “Dançaterapia” (Cunha, 2010). Assume também a definição de Dança/Movimento terapia, sendo definida pela American Dance Therapy Association (2020) como o uso psicoterapêutico do movimento e da dança para apoiar várias funções, destacando-se a emocional e motora. Especificamente no TP a dança surge nas tribos africanas ou árabes, em que várias mulheres dançavam em torno da parturiente, levando a que esta dançasse também, alternando os movimentos do corpo através da dança, com movimentos de descanso (Oeftering, 1999). Para este desenvolvimento emocional e motor ligado à dança associa-se a musicoterapia, ou seja, o uso da música com intuito terapêutico, que promove bem-estar e relaxamento, também já descrita nas estratégias não farmacológicas no alívio da dor pela Ordem dos Enfermeiros (Santos, Varela, & Varela, 1998). Associar a dança à música principalmente a gosto da parturiente, bem como ao canto/vocalização, é igualmente favorecedor do TP, pois promove alívio da dor durante as contrações, através da respiração para as vocalizações rítmicas do canto (Loman, 2016) e a libertação de endorfinas que aliviam a dor, reduzem a ansiedade, e estimulam o humor e a satisfação, melhorando também os parâmetros hemodinâmicos maternos e neonatais (Oeftering, 1999; Simavli, Gumus, Kaygusuz, Yildirim, Usluogullari, & Kafali, 2014).

A dança enquanto estratégia terapêutica utilizada pela parturiente associada ou não a outras estratégias, tais como musicoterapia, técnicas de relaxamento e respiração, e liberdade de movimentos, pode ser desenvolvida em parceria com o EESMO ou

com o acompanhante (Akin, & Saydam, 2017). A liberdade de movimento da bacia materna, e as posições verticais são características que promovem a progressão do TP, sendo também características inerentes à dança (Oeftering, 1999), podendo ser uma boa estratégia do EESMO para promover o conforto da parturiente, facilitando o autocuidado no alívio da dor (Andrews, & O'Neill, 1994), redução da ansiedade e promoção da satisfação, sendo que, pela ação da gravidade também promove a descida da apresentação fetal, associada ao processo fisiológico inerente à fase ativa do PETP. As mudanças de posição, para posições verticais, associadas à rotação da bacia, com recurso à estratégia do uso da dança, levam ao melhor posicionamento do feto na bacia materna, evitando o comprometimento vascular provocado pelas posições supinas, e conseqüente hipotensão ou mesmo desaceleração cardíaca fetal, promovendo a progressão do TP (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013). As mulheres que usam posições verticais e se movimentam mais durante o TP, têm TP mais curtos, com menos dor, e referem mais satisfação com a sua experiência, diminuindo também o risco de complicações (Lothian, 2009; Ondeck, 2014).

Compreendendo o contributo das várias ENFAD envolvidas no uso da dança durante o PETP, importa compreender de que forma o EESMO vai utilizar a dança enquanto técnica. Bio (2007), identifica um conjunto de posicionamentos orientados por um profissional de saúde, através do uso da mobilidade corporal para movimentos específicos de posturas verticais tais como a mobilidade pélvica, em conjunto com movimentos das articulações, relaxamento do períneo, coordenação do diafragma e estímulo do equilíbrio e propriocepção, para que, conscientemente a parturiente use de forma ativa os movimentos do seu próprio corpo potenciando a progressão do TP. A autora refere ainda que não basta

a verticalidade para a progressão do TP, é necessário que a musculatura receba ordens neuronais, para que possa orientar o corpo e a postura, de forma coordenada, minimizando percepções desagradáveis tais como a dor. Dikmen, & Gonenç (2020) identificam quatro movimentos essenciais na dança durante o PETP: (1) o movimento circular da região pélvica e cintura; (2) lateralização da região pélvica e cintura para a esquerda e direita; (3) semi agachamento e (4) inclinação pélvica anterior (pelvic tilts).

Ao promover a dança durante o PETP o EESMO está desta forma a cuidar da mulher, através da implementação de estratégias que lhe aliviam a dor, reduzem a ansiedade, promovem a progressão do TP fisiológico e normal, potencializando a satisfação com uma experiência de parto positiva. A Organização Mundial de Saúde (2018) corrobora a importância da adoção por parte do EESMO de técnicas de relaxamento, em parturientes saudáveis, para gestão e alívio da dor, nestas incluem-se o relaxamento muscular e a música, sendo também incentivada a adoção de posturas verticais e a liberdade de movimentos que estão ligadas à dança. Estas recomendações, aliadas a um cuidado mais humanizado, centrado na mulher, através da promoção do suporte emocional, comunicação eficaz, competência na prestação de cuidados sustentada numa prática baseada na evidência, são fundamentais e são competências do EESMO descritas na Essential Competencies for Midwifery Practice, (2019). O EESMO pode, desta forma, tornar a experiência do TP positiva, indo de encontro às expectativas pessoais e socioculturais da mulher, promovendo um ambiente seguro para o parto, onde é permitido a presença do acompanhante, culminando numa sensação de realização pessoal, autocontrolo e envolvimento na tomada de decisão. Experiências positivas durante o TP constituem a base de uma maternidade saudável (Parada, 2019), pelo que o EESMO deverá proporcionar cuidados de qualidade com essa finalidade, sendo que o

uso da dança durante o PETP, pode assumir-se como um contributo precioso.

Metodologia

Optou-se pela realização de uma scoping review segundo as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI) por esta metodologia permitir mapear a evidência científica disponível na temática em estudo (Peters, Godfrey, McInerney, Munn, Tricco, & Khalil, 2020).

A questão de investigação foi baseada na mnemónica PCC relativa a população, conceitos e contexto, e identificados critérios de inclusão e exclusão para Participantes e Conceito, o Contexto foi considerado pelas autoras irrelevante para o objetivo da pesquisa.

A revisão integrou artigos publicados consoante os critérios de inclusão definidos: referentes aos efeitos da dança (conceito) na parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto (população), em idioma inglês ou português, publicados a partir do ano de 2010, com abordagem quantitativa, qualitativa ou mista. Foram excluídos estudos que não estavam disponíveis para consulta em texto integral, fora do âmbito do tema ou realizados com outra população.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica da evidência científica nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete, através da plataforma EBSCOhost Integrated Search, utilizando-se palavras naturais (Parturiente OR Labor OR Childbirth, AND Dance) e termos indexados (Parturition OR Pregnant women OR Labor OR Labor Stage First OR Childbirth OR Expectant Mothers, AND Dance), dentro de cada termo da questão, as palavras foram unidas com o operador booleano “OR” e entre termos da questão foi aplicado o operador booleano “AND”.

O processo de busca e seleção da literatura foi realizado por dois revisores independentes (CL e MJF) em outubro de 2020. Procedeu-se à extração de dados quatro vezes para otimização da mesma, tendo sido primeiramente analisados os títulos e os termos de indexação dos resultados

selecionados, de forma a identificar termos e palavras-chave alternativos e específicos. Na segunda busca, os termos de indexação e palavras-chave identificados foram utilizados de forma conjugada com linguagem natural. Na terceira procura foram analisadas as referências bibliográficas de todas as publicações selecionadas para identificação de fontes de informação adicionais e na última busca, objetivou-se a confirmação dos resultados extraídos nas buscas anteriores.

Findo o processo de extração, com a obtenção na base de dados CINAHL Complete de 50 artigos e na MEDLINE Complete 51 artigos, procedeu-se à sua triagem e seleção.

Em primeiro lugar removeram-se os artigos duplicados em cada uma das bases de dados separadamente, tendo sido eliminados 7 artigos na CINAHL Complete e 3 na MEDLINE Complete. Na etapa seguinte realizou-se a triagem pelos títulos, sendo rejeitados 86 artigos por o título não ser sugestivo do tema em estudo. A seguir procedeu-se à leitura

dos resumos dos 5 artigos restantes e foram selecionados 5 que cumpriam os critérios de inclusão. Na sua leitura integral verificou-se que um deles não dava resposta à questão de investigação, pelo que foi excluído. No final deste processo, após a aplicação de todos os critérios de inclusão e de exclusão e com a concordância de ambas as autoras, incluíram-se 4 artigos na revisão. O resumo da pesquisa é apresentado na figura 1, que foi adaptado ao PRISMA Flow Diagram segundo a JBI (Aromataris, & Munn, 2020).

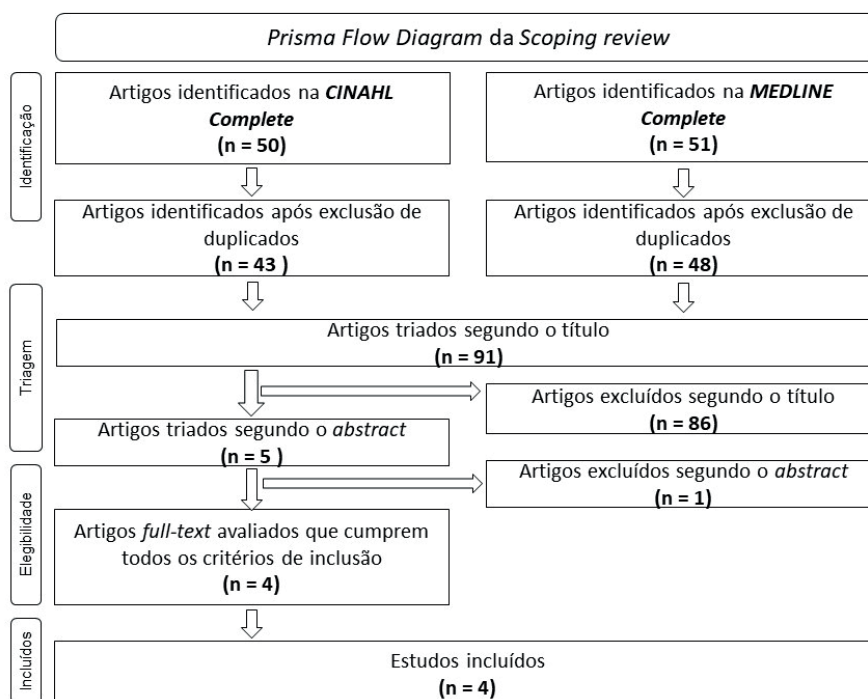


Figura 1 – Fluxograma da extração de artigos

A qualidade metodológica dos artigos incluídos foi avaliada de forma independente pelas duas autoras usando como ferramenta de avaliação de qualidade o instrumento JBI QARI– JBI Critical Appraisal Checklist (Aromataris, & Munn, 2020), para cada tipo de estudo. As diferenças na pontuação foram resolvidas por consenso, tendo-se verificado que os quatro estudos apresentam uma boa qualidade metodológica.

Resultados e Discussão

Os dados extraídos das publicações incluídas na revisão foram obtidos com recuso ao instrumento JBI QARI Data Extraction Template for Qualitative Evidence segundo as recomendações da JBI (Aromataris, & Munn, 2020), e são apresentados de forma narrativa, com recurso a um quadro de síntese (Quadro 1) em que estão exibidas todas as informações consideradas pertinentes, de forma objetiva e organizada.

Da análise dos quatro artigos incluídos na scoping review, constatou-se que a dança, como uma estratégia não farmacológica de alívio da dor, com um baixo risco e de baixo custo, reduz a intensidade da dor e aumenta a satisfação das parturientes com os cuidados recebidos durante a fase ativa da dilatação, tal como está patente no estudo de Abdollahian, Ghavi, Abdollahifard, & Sheikhan, (2014), em que os scores médios de dor nas parturientes do grupo em estudo, aos 30' e 60' após a intervenção, foram significativamente menores do que o observado no grupo controle. Resultados semelhantes aos descritos, são observados no estudo de Akin, & Saydam (2020) em que, aos 4 cm de dilatação cervical e 9 cm, a dor nos dois grupos de parturientes que dançaram, era significativamente menor do que a dor percebida pelas parturientes do grupo controle.

Dado que a dança, como estratégia para alívio da dor, habitualmente faz recorrer a outras estratégias para a complementar, como é exemplo, a musicoterapia, Dikmen, & Gonenç (2020) para melhor compreenderem

o impacto destas estratégias no alívio da dor das parturientes, utilizadas em simultâneo ou isoladamente, desenvolveram um estudo em que concluíram que a dança e a música são mais eficazes em conjunto para o alívio da dor do que apenas a musicoterapia.

Nos estudos mencionados emergiram outros efeitos benéficos associados à utilização da dança durante a primeira fase do trabalho de parto, como a liberdade posições e movimentos (Abdollahian et al., 2014; Akin, & Saydam, 2020; Dikmen, & Gonenç, 2020), a redução da ansiedade e do medo (Dikmen, & Gonenç, 2020) o que produz uma sensação de controle e propicia a assunção de um papel mais ativo das parturientes e ao aumento dos seus níveis de satisfação com a experiência de parto (Abdollahian et al., 2014; Akin, & Saydam, 2020), sendo o autocontrole o sentimento que gera mais satisfação nas mulheres (Toberna et al., 2020).

A dança promove o estabelecimento da relação de proximidade e de ajuda, entre a parturiente, o seu acompanhante e o EESMO, o que contribui para a satisfação das parturientes (Abdollahian et al., 2014). Dikmen, & Gonenç (2020) acrescentam ainda, que o apoio emocional dado pelo EESMO é uma intervenção adicional promotora de redução da dor, ansiedade e medo. Neste sentido, a satisfação pode ser atingida com o uso da dança aliada ao apoio emocional, facultado pelo EESMO e com a presença do acompanhante.

A dança enquanto estratégia de alívio da dor nas parturientes, sendo promotora de posicionamento verticais e liberdade de movimentos, permite também melhores resultados nos parâmetros hemodinâmicos maternos com eficácia comprovada nos resultados neonatais através de altos valores de saturação de oxigénio periférico e de Índices de Apgar ao 5º e 10º minutos mais elevados. Salienta-se que os melhores resultados se observaram nos grupos em que as parturientes dançaram com o acompanhante o que evidencia a importância do vínculo existente

Quadro 1- Síntese dos artigos analisados

Autores e Ano	País	Título	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Objetivos do estudo	Resultados
Abdollahian, Ghavi, Abdollahifard, & Sheikhan (2014)	Irão	Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study.	Ensaio clínico randomizado. Primíparas saudáveis, com gravidez de termo, na fase ativa da dilatação. Grupo caso (n=30) e grupo controle (n=30)	Avaliar a eficácia da dança no alívio da dor e na satisfação.	A intensidade da dor do grupo caso foi significativamente menor aos 30 e 60 m. após a intervenção; Não revelou diferença significativa na duração da fase ativa da dilatação; O grupo caso apresentou melhores índices de satisfação; O <i>score</i> de dor foi semelhante nas diferentes tipologias de acompanhante das grávidas.
Akin & Saydam (2020)	Turquia	The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes.	Ensaio clínico randomizado. Primíparas saudáveis, com gravidez de termo, na fase ativa da dilatação. Grupo de dança com o EESMO (n=40), Grupo de dança com companheiro (n=40) e grupo controle (n=80)	Determinar os efeitos da dança na percepção da dor, satisfação com o parto e nos resultados neonatais.	A intensidade da dor do grupo dança com o EESMO e companheiro são significativamente menores do que no grupo de controle, e com menos recurso à analgesia; A dança com o companheiro revelou melhores <i>outcomes</i> no Índice de <i>Apgar</i> do RN ao 5/10min, conduzindo a melhoria da oxigenação fetal; O suporte emocional, a mobilidade e a dança reduziram os níveis de ansiedade, de dor e maior índice satisfação.
Dikmen & Gonenç (2020)	Turquia	Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth.	Ensaio clínico randomizado. Primíparas saudáveis, com gravidez de termo, na fase ativa da dilatação. Grupo com dança e música (n=31) Grupo só com música (n=30) e grupo de controle (n=32)	Testar efeitos da dança e música e só da música na percepção da dor e medo.	A dança e a música ou a música isoladamente reduzem significativamente a percepção da dor e medo. A dança e a música ou a música isolada, promovem o autocontrole e participação ativa da mulher no seu trabalho de parto.
Toberna, Horter, Heslin, Forgie, Malloy & Kram (2020)	USA	Dancing during labor: Social Media Trend or Future Practice?	Sinopse temática	Sintetizar o conhecimento sobre a temática	O tipo de dança e seus benefícios estão ainda pouco estudados. O autocontrole é o sentimento que gera satisfação nas mulheres, sendo este possível de alcançar com a dança. A dança pode diminuir a dor e a duração do trabalho de parto.

entre ambos no incremento positivo dos resultados neonatais (Akin, & Saydam, 2020).

Conclusão

Considerando a importância da adoção de estratégias baseadas em evidência científica, por parte dos EESMO, que promovam um parto fisiológico e normal, conclui-se que o uso da dança, associada à música, bem como a outras estratégias como a liberdade de posições e movimentos, são intervenções fáceis, acessíveis e eficazes que reduzem a dor, ansiedade e medo, promovem o autocontrole, a satisfação e contribuem para melhores parâmetros hemodinâmicos da parturiente e do recém-nascido.

Através da utilização da dança, o EESMO promove a autonomia e o autocontrole da parturiente o que influencia a tomada de decisões que digam respeito ao trabalho de parto, minimizando intervenções desnecessárias que culminam num parto normal, promovendo a satisfação e contribuindo para uma experiência de parto positiva.

O uso da dança associada a outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante a dilatação, pode trazer limitações à percepção do seu verdadeiro efeito o que justifica a necessidade de continuar a investigar esta temática, para que seja possível, identificar claramente as suas potencialidades e contributos para uma experiência de parto positiva.

Referências Bibliográficas

1. Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global Journal of Health Science*, 6 (3), 219–226. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p219>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee on Obstetric Practice. *Obstetrics*

and Gynecology, 133(2), 164–173.

3. Akin, B., & Saydam, B. K. (2017). A new approach to reducing the perceived birth pain: Labor Dance. *Gumushane University Journal of Health Sciences*, 6(3), 218–224.
4. Akin, B., & Saydam, B. K. (2020). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explore*, 16 (5), 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.05.017>
5. Andrews, C. M., & O'Neill, L. M. (1994). Use of pelvic tilt exercise for ligament pain relief. *J Nurse Midwifery*, 39(6), 370-4. [http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182\(94\)90156-2](http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182(94)90156-2)
6. Aromataris E, Munn Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>
7. Bio, E. R. (2007). Intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-12022008-141747/publico/ElianeRodriguesBio.pdf>
8. Cunha, S. (2010). Dançaterapia como forma de promover a comunicação no autismo. (Trabalho realizado no âmbito do Projeto Final de Investigação da Especialização em Educação Especial). Disponível em: http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/791/5/PG-EE_2010_SandraCunha.pdf
9. Dikmen, H. A., & Gonenç, I.M., (2020). Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.005>
10. Gokyildiz, S. S., Ozturk, M., Avcibay, B. V., Alan, S., & Akbas, M. (2018). The effect of music on pain and anxiety of women during labor on first time pregnancy: A study from Turkey. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 30, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.015>

11. <https://www.adta.org/> (2020)
12. International Confederation of Midwives. (2014). Position Statement Midwives. Keeping Birth Normal : Position Statement. 1–3.
13. International Confederation of Midwives (2019). Essential Competencies 2018 UPDATE. Final version published January 2019.
14. Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labor: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3), CD009234. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
15. Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-164. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>. www.cochranelibrary.com
16. Leão, M. R. de C., Riesco, M. L. G., Schneck, C. A., & Angelo, M. (2013). Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(8), 2395–2400. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>
17. Loman, S. (2016). Judith S. Kestenberg’s Dance/Movement Therapy Legacy: Approaches with Pregnancy, Young Children, and Caregivers. *American Journal of Dance Therapy*, 38(2), 225–244. <https://doi.org/10.1007/s10465-016-9218-0>
18. Lothian, J. A. (2009). Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *Journal of Perinatal Education*, 18 (3), 48–54. <https://doi.org/10.1624/105812409x461225>
19. Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Morais, S. S., & Makuch, M. Y. (2009). The vertical position during labor: Pain and satisfaction. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(4), 393–398. <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a02v9n4.pdf>
20. Oeftering, G. M. (1999) Belly-dancing through pregnancy: a way to give birth and not be delivered. *Int J Childbirth Educ*. 1999;14 (3), 6-8.
21. Ondeck, M. (2014). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 188–193. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.188>
22. Ordem dos Enfermeiros, & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2010). Documento de Consenso “Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada”. Edição OE (2012). 1-36. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf
23. Parada, C. M. G. L., (2019). Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: 25 anos de recomendações de organismos internacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (3), 1-2. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-72suppl301>
24. Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In M. Z. Aromataris (Ed.), *Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual*, JBI (Cap. 11). Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
25. Santos, E., Varela, J., & Varela, V., (1998). Maternidade com Qualidade: promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
26. Simavli, S., Gumus, I., Kaygusuz, I., Yildirim, M., Usluogullari, B., & Kafali, H. (2014). Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: A randomized controlled clinical trial. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 78 (4), 244–250. <https://doi.org/10.1159/000365085>
27. Toberna, C. P., Horter, D., Heslin, K., Forgie, M. M., Malloy, E., & Kram, J. J. F. (2020). Dancing During Labor: Social

Media Trend or Future Practice? *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 7(2), 213–217. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1723>

28. World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-155021-5.

IMPACTO DA AMPUTAÇÃO NA AUTOIMAGEM E NA INDEPENDÊNCIA

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Adriana Patrício Ferreira⁽¹⁾; Micaela Jesus Lopes⁽²⁾; Cândida Rosalinda Exposto Costa Loureiro⁽³⁾



Resumo

A amputação é um procedimento caracterizado pela remoção cirúrgica ou traumática de um segmento do corpo. Este procedimento pode ter grande impacto na autoimagem e independência da pessoa.

Objetivos: Compreender o impacto da amputação na autoimagem e na independência da pessoa; Identificar as intervenções de Enfermagem para um cuidado de excelência.

Metodologia: Para responder à questão de investigação "Qual o impacto da amputação na autoimagem e independência da pessoa?" realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura. Efetuada pesquisa via EBSCOhost, nos anos de 2015 a 2020.

Resultados: Selecionaram-se cinco artigos decorrentes da aplicação dos critérios. A amputação despoleta, entre outros, sentimentos de autoaversão física e comportamental, negligência no autocuidado, tristeza, vergonha, isolamento social. Identificaram-se fatores que alteram a perceção da autoimagem e da independência, destacando-se, a idade, o coping, o uso de prótese, a dor, o suporte social, a performance cognitiva.

Conclusão: O impacto negativo na autoimagem e independência das pessoas submetidas a amputação, é um aspeto imprescindível a ter em conta na prática clínica. O Enfermeiro deve planear os cuidados, segundo os valores, padrões e objetivos da pessoa, bem como, melhorar a situação física/psicológica da mesma, encorajando-a e à sua família a desenvolver ferramentas para uma adaptação/transição eficaz à nova condição de vida.

Palavras-Chave: Amputação; Autoimagem; Independência;

Abstract

IMPACT OF AMPUTATION ON SELF-IMAGE AND INDEPENDENCE - INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Amputation is a procedure characterized by surgical or traumatic removal of a segment of the body. This procedure can have a great impact on the person's self-image and independence.

Objective: To understand the impact of amputation on a person's self-image and independence; Identify nursing interventions for excellent care.

Methodology: To answer the research question "What is the impact of amputation on a person's self-image and independence?" an Integrative Literature Review was carried out. Research carried out via EBSCOhost, in the years 2015 to 2020.

Results: Five articles were selected resulting from the application of the criteria. Amputation triggers, among others, feelings of physical and behavioral self-loathing, neglect of self-care, sadness, shame, social isolation. Factors that alter the perception of self-image and independence were identified, with emphasis on age, coping, prosthesis use, pain, social support, cognitive performance.

Conclusion: The negative impact on self-image and independence of people undergoing amputation is an essential aspect to be taken into account in clinical practice. Nurses must plan care according to the person's values, standards and objectives, as well as improve their physical/psychological situation, encouraging them and their families to develop tools for an effective adaptation / transition to the new life condition.

Key-words: Amputation; Self Concept; Independence

Resumen

IMPACTO DE LA AMPUTACIÓN EN LA AUTOIMAGEN Y LA INDEPENDENCIA - REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

La amputación es un procedimiento que se caracteriza por la extirpación quirúrgica o traumática de un segmento del cuerpo. Este procedimiento puede tener un gran impacto en la autoimagen y la independencia de la persona.

Objetivos: comprender el impacto de la amputación en la autoimagen y la independencia de la persona; Identificar intervenciones de enfermería para una excelente atención.

Metodología: Responder a la pregunta de investigación "¿Cuál es el impacto de la amputación en la autoimagen y la independencia de una persona?" Se realizó una Revisión Integrativa de la Literatura. Investigación realizada a través de EBSCOhost, en los años 2015 a 2020.

Resultados: Se seleccionaron cinco artículos resultantes de la aplicación de los criterios. La amputación desencadena, entre otros, sentimientos de autodesprecio físico y conductual, descuido del autocuidado, tristeza, vergüenza, aislamiento social. Se identificaron factores que alteran la percepción de la autoimagen y la independencia, con énfasis en la edad, afrontamiento, uso de prótesis, dolor, apoyo social, desempeño cognitivo.

Conclusión: El impacto negativo en la autoimagen y la independencia de las personas amputadas es un aspecto fundamental a tener en cuenta en la práctica clínica. El enfermero debe planificar la atención de acuerdo con los valores, estándares y objetivos de la persona, así como mejorar su situación física / psicológica, animándola a ella y a sus familias a desarrollar herramientas para una efectiva adaptación / transición a la nueva condición de vida.

Descriptores: Amputación; Auto imagen; Independencia

Submetido em março 2021. Aceite para publicação em abril 2021

⁽¹⁾Licenciada em Enfermagem, Enfermeira a trabalhar em Hôpital Jura Bernois SA, Rue des Jonchères 55/57, 2610 St-Imier, Suisse. E-mail: adriana98pferreira@gmail.com

⁽²⁾Licenciada em Enfermagem, Enfermeira a trabalhar em University Hospital Southampton, SO14 3ZP Southampton, United Kingdom. E-mail: micaelalopes97@sapo.pt

⁽³⁾ Doutora em Ciências de Enfermagem, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3004-011 Coimbra, Portugal. E-mail: candida@esenf.pt

Introdução

Do processo de amputação de um membro fazem parte uma complexidade de fenômenos psicológicos e de interações entre o utente, a sua família e a equipa de saúde (Gabarra & Crepaldi, 2009). Perante a amputação, a pessoa deve desenvolver processos de adaptação com o intuito de manter o equilíbrio físico, psicológico e social. Desta forma, o enfermeiro deve ter como objetivo ajudar/incentivar a pessoa a ser pró-ativa e promover os processos de readaptação, procurando a satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) e a máxima independência na realização das Atividades de Vida Diárias (AVD's), muitas das vezes passando por um processo de reaprendizagem (Pereira, 2012). É esperado que a equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa amputada, transmita confiança e desmistifique a ideia de que a amputação é uma mutilação, mas sim a resolução de uma situação de saúde-doença, estimulando e valorizando as capacidades da pessoa, facilitando a sua recuperação e reabilitação.

No processo de amputação são despertados sentimentos de perda e inconscientemente a pessoa amputada passa por um processo de luto do membro (Gabarra & Crepaldi, 2009). Tal como para a realização do luto de entes queridos, o luto para o membro amputado manifesta-se através de diferentes etapas, segundo Kübler-Ross (2008), a negação, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação, surgem da tentativa da mente de solucionar o problema que é a falta de algo/alguém.

O papel do Enfermeiro passa por identificar qual a fase do luto que a pessoa se encontra para ajudar a pessoa amputada a alcançar a aceitação e a aprender a lidar com os seus sentimentos. Deve dar espaço à pessoa para realizar o seu luto não deixando, no entanto, de a acompanhar neste processo e identificar as estratégias de coping que a mesma possui ou não. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017, p.3), “os Enfermeiros Especialistas enquanto Enfermeiros de Ligação da área de

Saúde Mental (SM) e Psiquiatria podem ser uma mais valia para a equipa multidisciplinar, exercendo uma relação cooperativa e contínua com as equipas de outras especialidades”. A enfermagem de Ligação na área da Psiquiatria permite melhorar a capacidade de reconhecimento dos problemas de saúde mental associados às transições de saúde, uma vez que estes podem tornar a pessoa mais vulnerável aos riscos, condicionando a sua saúde.

Segundo Meleis (2010), a transição é entendida como sendo um processo psicológico envolvido na adaptação a um evento de mudança, por forma a incorporá-lo. Este processo de reorganização interior em que a pessoa aprende a readaptar-se a novas circunstâncias é visto pelos autores como sendo um processo com multiplicidade e complexidade na medida em que o individuo pode vivenciar uma transição em diferentes contextos no mesmo momento, podendo ter como consequência a alteração de comportamentos e a integração de uma nova identidade na sociedade.

Por forma a explicitar melhor a temática, apresentam-se alguns conceitos centrais, tais como, Amputação, Autoimagem e Independência.

A amputação é o procedimento cirúrgico mais antigo descrito na literatura, caracterizada como uma remoção cirúrgica ou traumática (total ou parcial) de um segmento do corpo. Sendo aplicada aquando de uma lesão (traumática, vascular ou outra) que tenha afetado de uma forma irreparável o ser humano, causando limitações funcionais e psicossociais (Gozaydinoglu, Hosbay, & Durmaz, 2019; Matos, Carolino & Ramos, 2018).

A autoimagem refere-se à imagem mental que a pessoa forma de seu corpo e da sua aparência. É um reflexo de experiências anteriores e da perceção do diagrama corporal atual, que é organizado no córtex sensorial do cérebro. É afetada por impressões de outras pessoas sobre a nossa aparência física e as

nossas reações, atitudes e valores a essas impressões em relação ao nosso próprio corpo ao compará-lo a outros. Em suma, uma alteração na autoimagem criará uma série de reações emocionais, fisiológicas e psicológicas (Gozaydinoglu et al., 2019). Sentimentos de inferioridade podem ser despoletados devido a uma percepção desfavorável da autoimagem, esta intensifica-se quando a sociedade se baseia em crenças negativas e vê a pessoa com deficiência física como um ser inútil.

Depender de alguém até para a mais simples das atividades gera um sentimento de inutilidade, tristeza e até mesmo rejeição do próprio corpo (Silva et al., 2010).

A independência é a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem (World Health Organization [WHO], 2002). Para alcançar a independência é necessário que a pessoa amputada passe por um processo de reabilitação que envolve momentos típicos, tais como, a fase pré-amputação; a fase cirúrgica; a fase pós-amputação; a fase de reabilitação com ou sem a prótese; e a fase de manutenção. Todas estas fases devem ser ajustadas às metas estabelecidas conjuntamente Enfermeiro/pessoa amputada (Pereira, 2012). Desta forma, a pessoa deve ser vista como um todo, sendo objetivo da equipa que esta seja capaz de se tornar independente aproveitando ao máximo todas as suas potencialidades, de forma a que retome as suas AVD's com a autonomia possível e possa viver a vida na sua plenitude. A fundamentação teórica centrou-se na análise de estudos científicos, para responder à questão que deu sustentação a esta pesquisa: “Qual o impacto da amputação na autoimagem e na independência da pessoa?”, e consequentemente atingir os objetivos de investigação delineados: Compreender o impacto da amputação na autoimagem e na independência da pessoa; Identificar as intervenções de Enfermagem para um cuidado de excelência.

Metodologia

Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura pois esta constitui uma “análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre um tema”. Por outro lado, este tipo de abordagem é indispensável para a obtenção de “(...) uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento” (Bento, 2012, p.1). Realizou-se uma pesquisa, que decorreu de 23 a 28 de abril de 2020, através do motor de busca EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete. Elegeram-se como critérios de inclusão: estudos que dessem resposta aos objetivos delineados, artigos publicados no espaço temporal entre o ano de 2015 e o ano de 2020; encontrarem-se disponíveis com texto completo e que apresentassem uma população de indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos sujeitos a algum tipo de amputação. Foram excluídos artigos que não se reportassem a estudos primários. As palavras-chave da pesquisa foram: amputee, limb loss, body image, self esteem, self concept, self worth, self peception, autonomy, independency. Os termos body image e self concept correspondem a descritores Mesh e CINAHL Headings, enquanto que o termo autonomy apenas corresponde ao último. Os restantes são termos livres. Foi realizada a combinação dos termos de pesquisa com os operadores booleanos OR e AND em ambos os campos de pesquisa, TI Title e AB Abstract, foi também utilizada a truncatura (*) por forma a abranger todos os termos da família da palavra em questão, obtendo-se, assim, a seguinte expressão de pesquisa: [(adult*) AND (amput* OR limb loss) AND ((body image OR self esteem OR self concept OR self worth OR self peception) OR (autonom* OR independen*))].

Resultados

O processo da seleção dos artigos apresenta-se na Figura 1, do qual resultaram 5 artigos.

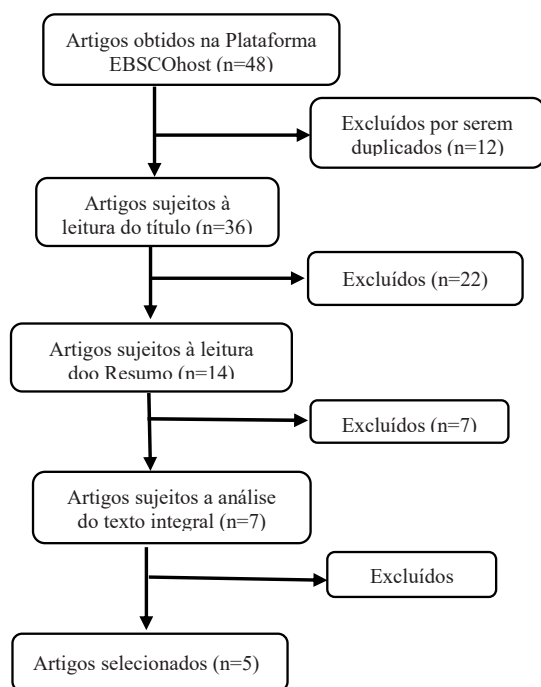


Figura 1 - Processo de Seleção dos Artigos

Dos artigos selecionados, os estudos E1, E3 e E5 são do tipo quantitativo, os restantes (E2 e E4) são estudos qualitativos, nomeadamente uma revisão da literatura e um programa de apoio a pessoas submetidas a amputação. A maioria dos estudos são de pessoas amputadas aos membros inferiores. De modo a proporcionar um reconhecimento mais intuitivo dos 5 artigos aquando da sua referência na apresentação e discussão dos resultados foi elaborada a Tabela 1.

Para melhor sistematização e compreensão do contexto de cada estudo, considerou-se pertinente a exposição sob a forma de tabelaresumo (Tabelas 2 a 6) onde se inclui o título do artigo, o objetivo do estudo, os instrumentos de avaliação utilizados, o desenho do estudo e os resultados obtidos.

Tabela 1 - Identificação dos Artigos

Artigo	Autores	Ano	Título do Estudo
E1	Sharath, S., Henson, H., Flynn, S., Pisimisis, G., Kougias, P., & Barshes, N.	2015	Ambulation and independence among Veterans with nontraumatic bilateral lower-limb loss
E2	Schreiber, M.	2017	Lower limb Amputation: Postoperative Nursing Care and Considerations
E3	Burden, N., Simpson, J., Murray, C., Overton, P., & Powell, P.	2018	Prosthesis use is associated with reduced physical self-disgust in limb amputees
E4	Amorelli, C., Yancosek, K., & Morris, R.	2019	Amputees Unanimous: A 12-step program
E5	Gozaydinoglu, S., Hosbay, Z., & Durmaz, H.	2019	Body image perception, compliance with a prosthesis and cognitive performance in transfemoral amputees

Tabela 2 – E1: Ambulation and independence among Veterans with nontraumatic bilateral lower-limb loss

Objetivo	Avaliar a capacidade de deambulação e independência em veteranos idosos submetidos a amputação não traumática bilateral dos membros inferiores.
Instrumentos de avaliação	Functional Independence Measure (FIM); Medicare K-Levels.
Desenho	Abordagem Quantitativa; Estudo Descritivo Correlacional.
Resultados	Das 19 pessoas (48%) que mantiveram a capacidade de deambular após a primeira amputação, apenas duas pessoas (11%) mantiveram essa mesma capacidade após a segunda amputação; Duas pessoas que depois da primeira amputação não deambulavam, após a segunda amputação, começaram a deambular com auxílio de prótese; Depois da segunda amputação apenas 53% (21 pessoas) se manteve independente; Houve correlação significativa entre independência antes e após a segunda operação e entre a independência antes da operação e o uso de prótese; Não foi encontrada uma relação significativa entre independência após a operação e a idade.

Tabela 3 – E2: Lower limb Amputation: Postoperative Nursing Care and Considerations

Objetivo	Identificar o papel do Enfermeiro nos cuidados pós-operatório em pessoas submetidas à amputação bilateral dos membros inferiores.
Instrumentos de avaliação	Não se aplica
Desenho	Revisão da Literatura.
Resultados	O papel do Enfermeiro passa por avaliar o estado da pessoa amputada, desenvolver estratégias para a gestão da dor, realizar os cuidados à ferida, informar das possíveis complicações no pós-operatório, promover a educação para a saúde, ensinar medidas de segurança, promover a reabilitação, e apoiar nas necessidades emocionais, nomeadamente, na gestão do luto, ajudando a pessoa a ultrapassar a perda de forma positiva.

Tabela 4 – E3: Prosthesis use is associated with reduced physical self-disgust in limb amputees

Objetivo	Explorar a relação entre o uso de prótese em pessoas submetidas a amputação, a satisfação com o uso da mesma, o distúrbio na autoimagem e a prevenção da autoaversão; Identificar o impacto dos fatores demográficos/clínicos, psicossociais na utilização da prótese.
Instrumentos de avaliação	Self-Disgust Scale-revised (SDS-R); Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales-revised Psychosocial (TAPES-R Psychosocial); TAPES-R Satisfaction; Amputee body image Scale-Revised (ABIS-R); Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21).
Desenho	Abordagem Quantitativa; Estudo Descritivo Correlacional.
Resultados	A população em estudo apresentou bons níveis de adaptação às dificuldades apresentadas devido à remoção do membro; Os participantes mostraram-se satisfeitos com o uso da prótese e apresentaram baixos níveis de autoaversão em relação aos aspetos físicos e comportamentais, bem como baixos níveis de distúrbios na autoimagem e de stress psicológico; A frequência do uso de prótese diminui o nível de autoaversão física e comportamental; Com o aumento do tempo decorrido desde a amputação há uma diminuição da autoaversão física, no que concerne à autoaversão comportamental, esta diminui com o aumento da idade, a capacidade de adaptação psicossocial e a satisfação com a prótese; A presença de dor residual aumenta os níveis de autoaversão física; A alteração da autoimagem e a presença de stress psicológico, estão fortemente associados ao aumento dos níveis de autoaversão, tanto a nível físico como comportamental;

Tabela 6 – E5: Body image perception, compliance with a prosthesis and cognitive performance in transfemoral amputees

Objetivo	Avaliar a associação entre a percepção da autoimagem, o uso de prótese pelo menos à 6 meses e a performance cognitiva em pessoas submetidas a uma amputação transfemural.
Instrumentos de avaliação	Amputee body image Scale-Revised (ABIS-R); Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales-revised (TAPES-R); Montreal Cognitive Assessment (MoCA).
Desenho	Abordagem Quantitativa; Descritivo Correlacional.
Resultados	Verificou-se significância estatística entre a percepção da autoimagem e a performance cognitiva; A percepção da autoimagem foi significativa e negativamente correlacionada com a performance cognitiva; A relação entre a adaptação psicossocial, a satisfação próstética e a performance cognitiva foi estatisticamente significativa e positiva; A amputação afeta individualmente a pessoa, ao nível físico, emocional e social.

Discussão

Apresenta-se a evidência dos resultados mais significativos relativamente à questão de investigação formulada e aos objetivos delineados, revelando os aspetos comuns em que as investigações convergem ou, contrariamente, divergem, recorrendo à literatura mais recente e pertinente para fundamentar a discussão dos resultados tendo como princípio que a amputação afeta inevitavelmente a pessoa a vários níveis.

Relativamente ao primeiro objetivo, “Compreender o impacto da amputação na autoimagem e na independência da pessoa”, serão primeiramente discutidos os resultados referentes à autoimagem.

A amputação causa uma mudança permanente na autoimagem da pessoa, num primeiro momento esta passa a ter uma imagem de si como uma pessoa incapaz e inútil. A pessoa vê-se como um incómodo para a família e para as pessoas mais significativas, uma vez que já não é tão produtiva como antes (Silva et al., 2010). Esta alteração da autoimagem e a presença de stress psicológico estão fortemente associados ao aumento dos níveis de autoaversão, tanto a nível físico, como a nível comportamental (E3), aspeto corroborado por Gabarra e Crepaldi (2009), que acrescentam que estas podem ser observadas através de comportamentos de evitamento por contato visual com o membro amputado e negligência no autocuidado do

coto.

A amputação gera de igual forma sentimentos de tristeza, vergonha de si mesmo e até mesmo aversão ao seu próprio corpo. Estas reações negativas podem interferir no processo de reabilitação, autocuidado e aumentar o isolamento social (Silva et al., 2010).

Neste seguimento, a reação à imagem do corpo amputado, inicialmente perturbadora, precisa ser reelaborada, pois uma imagem corporal empobrecida está correlacionada com uma percepção negativa de bem-estar e de qualidade de vida. Neste sentido, o estudo E3 constatou uma diminuição da autoaversão física com o tempo decorrido desde a amputação, aspeto corroborado por Diogo (1993), quando refere que a aceitação e o conformismo passam a ser mais constantes com o aumento do tempo decorrido desde a amputação.

Sabino, Torquato, e Pardini, (2013), referem de igual forma que, a pessoa amputada com o passar do tempo aceita a sua nova condição de vida, desenvolvendo as suas capacidades adaptativas através da utilização de recursos internos de coping. À medida que desenvolve estas novas capacidades, a pessoa sente-se mais independente e confiante, fortalecendo sentimentos de autossuficiência e autoestima.

No que concerne à autoaversão comportamental, esta diminui com o aumento da idade e a capacidade de adaptação

psicossocial (E3). Relativamente a este aspeto, foram encontrados resultados contraditórios relativamente a outras considerações teóricas, nomeadamente, Diogo (1993) refere que, embora um jovem que apresente uma deficiência seja muitas vezes estigmatizado pela sociedade, tem à sua frente todo um futuro, podendo realizar-se, conseguindo um trabalho, constituindo uma família e tendo uma participação ativa nos aspetos sócio-político-econômicos. Enquanto o idoso, que pela sua idade é estigmatizado, o acréscimo de uma deficiência coloca-o numa situação ainda mais precária, aumentando o seu sentimento de inutilidade e dependência. Já Gabarra e Crepaldi (2009), afirmam que a amputação num jovem pode representar uma rutura no seu desenvolvimento, levando a uma maior dificuldade de aceitação em relação às pessoas mais idosas.

A pessoa amputada para além das limitações motoras e o aumento da dependência sofre também um declínio cognitivo, que segundo Coffey, O'Keeffe, Gallagher, Desmond e Lombard-Vance (2012), é mais prevalente entre pessoas submetidas a amputação do que na população geral, mais particularmente nas áreas de desenvolvimento de estratégias para resolução de problemas, capacidades de raciocínio e concentração. Apesar das pessoas com declínio cognitivo apresentarem uma baixa performance funcional, essa capacidade vai melhorando ao longo do programa de reabilitação. Perceber o perfil cognitivo da pessoa amputada pode ajudar a equipa de reabilitação a compreender melhor o porquê, da pessoa apresentar dificuldades em realizar as tarefas do dia a dia, adaptando desta forma os objetivos de acordo com a mesma, de forma a minimizar as fraquezas cognitivas e a maximizar os pontos fortes.

A performance cognitiva foi uma das variáveis avaliadas pelo estudo E5 através da escala MoCA (Montreal Cognitive Assessment), para avaliar a percepção da autoimagem, o mesmo estudo utilizou a escala ABIS (Amputee Body Image Scale).

Concluíram que uma elevada percepção da autoimagem está associada a uma elevada performance cognitiva e quanto maiores os valores da performance cognitiva melhor será a adaptação psicossocial.

No que concerne à correlação entre autoimagem e a performance cognitiva, bem como a adaptação psicossocial e a performance cognitiva, não foram encontrados estudos que corroborassem ou refutassem as afirmações supramencionadas. Estas associações carecem de investigação mais aprofundada, o que seria um contributo para a temática.

Tendo presente que a dependência está relacionada com sentimentos de inutilidade, tristeza e até mesmo rejeição do próprio corpo e que o elevado grau da mesma pode estar associado a uma elevada restrição nas atividades, o estudo E5 apresentou uma correlação negativa entre a restrição das atividades e a performance cognitiva, ou seja, quanto mais elevados forem os níveis da performance cognitiva, menos restrições nas atividades a pessoa irá apresentar. Este aspeto é corroborado por Coffey et al. (2012), onde acrescentam que a não utilização eficaz da prótese está associada a uma diminuição cognitiva. As pessoas com amputação dos membros inferiores, que apresentam défices cognitivos podem experienciar uma dificuldade significativa em aprender como se usa a prótese e a reaver a sua mobilidade e independência nas AVD's. Assim, de acordo com este estudo pode afirmar-se que maiores declínios cognitivos estão associados a uma diminuição da mobilidade e perda de independência.

A capacidade de deambular é uma atividade inerente ao continuum dependência/independência. Segundo o estudo E1 antes de serem submetidos a uma segunda amputação, 48% dos indivíduos apresentaram capacidade para deambular, destes 11% mantiveram essa mesma capacidade após a segunda amputação. Biffi, Aramaki, Dutra, Garavello e Cavalcant (2017), corroboram esta afirmação referindo que, apesar de grande parte das pessoas

com amputações apresentarem múltiplas limitações funcionais, a amputação em si não implica dependência. A capacidade para a deambulação irá depender de outros fatores como o contexto em que a pessoa vive e as suas interações com o meio.

Se considerarmos a pessoa idosa, esta, por si só já apresenta dificuldades na deambulação, que conseqüentemente se irá agravar com uma amputação bilateral, tendo este aspeto sido observado pelo estudo E1, onde os autores indicam que as pessoas cuja idade compreendida entre os 66 e os 79 anos, apresentam menos 18% de probabilidade de deambular após a amputação do segundo membro inferior. Também se verificou correlação significativa entre independência antes e após a segunda operação e entre a independência antes da operação e o uso de prótese, do que se depreende que com o uso da prótese há uma diminuição dos níveis de dependência, o que foi, também no estudo E3, considerado como um fator redutor da autoaversão, realçando que esta diminui ou aumenta mediante a frequência do uso de prótese.

Um dos fatores com maior impacto, tanto na autoimagem como na independência, foi o uso de prótese. Em E1, duas pessoas que depois da primeira amputação não deambulavam, após a segunda amputação, começaram a deambular com auxílio de prótese. Neste sentido, também o estudo E3 conclui que as pessoas apresentavam elevado grau de satisfação com o uso da prótese, o que se traduziu numa melhor perceção de si mesmo. Este aspeto é corroborado por Matos et al. (2018), onde referem que apesar do processo de adaptação com a prótese ser doloroso e árduo, a maioria das pessoas amputadas conferem-lhe um valor funcional e/ou estético que as estimula a superar essas dificuldades.

A utilização de prótese permite às pessoas reaver a humanidade, a dignidade, a autonomia, a felicidade, a vaidade, entre outras maneiras de ser, perdidas com a amputação, na medida em que, com o seu uso, foi possível

novamente: ficar de pé sem o auxílio de muletas, libertar as mãos e utilizá-las com outras finalidades além de servir como apoio, caminhar com autonomia, enfim, retomar algumas das práticas sociais e quotidianas que tinham sido impedidas de serem exercidas ou realizadas devido à amputação (Paiva & Goellner, 2008).

Estes fatores modificam-se com o tempo decorrido desde a amputação e tem associação com o tipo de apoio social que a pessoa tem disponível. O bem-estar das pessoas amputadas foi relacionado com o suporte social, verificando-se que as redes de apoio podem favorecer a manutenção da saúde mental (Gabarra & Crepaldi, 2009).

Considerando o segundo objetivo, “Identificar as intervenções de Enfermagem para um cuidado de excelência”, o papel do Enfermeiro passa por esclarecer a pessoa e os seus familiares, providenciando-lhes todo o conhecimento necessário para uma tomada de decisão consciente e fundamentada. Passa por prestar cuidados de pós-operatório, como, realizar os cuidados à ferida, desenvolver estratégias para a gestão da dor, dar conhecimento das possíveis complicações no pós-operatório, promover a educação para a saúde, ensinar medidas de segurança, promover a reabilitação, apoiar nas necessidades emocionais, bem como assistir a pessoa e a sua família a ultrapassar os diferentes desafios presentes com a amputação do membro.

Relativamente à gestão da dor, o estudo E2 referiu que cerca de 87% dos amputados tem dor fantasma no membro, o que torna a gestão desta uma prioridade do Enfermeiro. Este deve apresentar uma intervenção ausente de julgamentos, avaliando regularmente a dor e intervindo apropriadamente, quer seja de forma farmacológica ou não farmacológica. A dor no membro fantasma refere-se à sensação de dor na parte perdida do membro amputado, esta pode ser prevenida se o Enfermeiro encorajar a pessoa a expressar os seus sentimentos de perda e sofrimento (Vaz, Roque, Pimentel, Rocha & Duro, 2012).

A dor no membro fantasma também pode ser um dificultador na adaptação psicológica e no processo de reabilitação motora (Gabarra & Crepaldi, 2009), podendo interferir com as AVD's, com a qualidade de vida, com a participação nos programas de reabilitação, com a adaptação à prótese e com a resposta emocional à perda do membro. Pessoas com dor no membro fantasma utilizam menos a prótese do que aquelas em que essa dor não se manifesta (Vaz et al., 2012).

Outra dor que pode estar presente após a amputação é a dor no coto, esta envolve sensações de dor no local da amputação (Gabarra & Crepaldi, 2009), o que segundo Horgan e MacLachlan (2004) dificulta as AVD's e diminui o bem-estar psicológico.

Para uma gestão eficaz da dor, o Enfermeiro deve realizar ensinamentos sobre os diferentes tipos de dor que a pessoa pode experimentar, assim como realizar intervenções não farmacológicas, como por exemplo a alteração de decúbitos, massagem do coto, aplicação de pressão no coto, entre outros (E2).

No que concerne aos cuidados à ferida, a prevenção de infecção através de ensinamentos sobre os sinais inflamatórios e a realização de tratamentos à mesma são aspectos críticos no papel do Enfermeiro. No que diz respeito à aplicação da ligadura esta deve ser feita minuciosamente, uma vez que é através da aplicação desta que se vai realizar o desenho/forma do coto para uma possível colocação de prótese. Deve assegurar-se que a ligadura não se encontra demasiado larga nem demasiado apertada. Esta também tem como objetivo diminuir a dor, promover a cicatrização e reduzir o edema (E2).

Todos estes aspectos estão inerentes ao processo de reabilitação física e psicológica. Nesse sentido os profissionais de saúde veem aumentadas as suas responsabilidades na tentativa de orientar a reabilitação por forma a que as pessoas alcancem uma maior autonomia, integrando-se o melhor possível na sua família, comunidade que as rodeia e a adquirirem um papel participativo na

sociedade (Pereira, 2012).

O Enfermeiro deve inculcar na pessoa que esta é a principal agente da sua recuperação e que a sua força de vontade e cooperação ativa são indispensáveis para a reabilitação. Segundo o estudo E2, deve de igual modo realizar ensinamentos à pessoa amputada no que concerne à alteração dos posicionamentos do coto, por forma a melhorar o retorno venoso, diminuir o edema e o risco de possíveis contraturas, realizados exercícios de alongamentos e movimentação das articulações, por forma a aumentar a amplitude dos movimentos.

O Enfermeiro deve a todo o custo incentivar a pessoa a ser independente no autocuidado, devendo adaptar os seus ensinamentos e os objetivos à mesma, sendo imprescindível que estes sejam realistas e individuais (E2). É imperativo um bom planeamento de cuidados com toda a equipa multiprofissional de forma a satisfazer as necessidades físicas, psicológicas e emocionais da pessoa, pois estas podem aceitar a mudança e aprender com os desafios apresentados ou entrar em negação e necessitar de mais suporte (E2).

Quando a pessoa realiza o luto pelo membro amputado e as suas capacidades de coping são ineficazes, devem ser prestados cuidados ao nível emocional (E2), pois segundo Paiva e Goellner, (2008), não aceitar que o seu corpo foi modificado pela amputação significa viver no passado, num eterno luto pelo membro perdido, por um corpo que não existe mais, pelo que Gabarra e Crepaldi, (2009), acrescentam que a perda física se encontra permeada por aspectos sociais e psicológicos, e representa algo irrevogável, de forma que a pessoa amputada necessita atribuir um sentido para este evento.

Durante este processo cabe ao Enfermeiro identificar qual a fase de luto que a pessoa se encontra, de modo a adaptar as suas intervenções, dando-lhe as ferramentas necessárias para que esta aprenda a lidar com os seus sentimentos, com a nova condição de vida, encarando-a e aceitando-a.

A alimentação é outro fator de elevada

importância e que deve ser abordado nos ensinamentos realizados, uma vez que, é necessário um aumento da ingestão calórica pois as transferências e as AVD's requerem mais energia das pessoas que usam prótese.

O Enfermeiro tem um papel imprescindível nesta transição para uma nova condição de vida. A Teoria das Transições de Meleis possibilita uma melhor compreensão do processo de transição, dando uma visão mais completa e aprofundada, fornecendo orientações ao profissional de Enfermagem na implementação de estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face ao momento de transição em que a pessoa se encontra (Pereira, 2012).

Em E4 apresenta-se um programa dinâmico e liderado pelos próprios participantes, com o propósito de ajudar as pessoas amputadas a desenvolver as suas estratégias de coping, através da mensagem de aceitação, coragem e de entreaajuda.

Deste programa emergiram três temas através dos cinco grupos de discussão: aceitação da perda do membro, inspiração grupal e reaver os níveis de funcionamento, estes temas espelham algumas das áreas que devem ser o foco de intervenção do Enfermeiro.

No que concerne a aceitação da perda do membro, esta foi referida pelas pessoas submetidas à amputação como uma fase essencial para a recuperação psicológica, desta forma, o papel do Enfermeiro deve incidir no reforço e na aceitação da nova condição de vida. Também a inspiração grupal, segundo os participantes, é um fator preponderante para o processo de recuperação, pois a possibilidade de falar/ouvir alguém que já passou pelo mesmo processo é um fator facilitador para a sua própria recuperação (E4).

A inspiração grupal implica uma forte rede de suporte em que a família, pessoa amputada e Enfermeiro devem manter uma relação de ajuda recíproca, para que desta forma seja possível alcançar o bem comum nesta tríade ficando assim implícito que o Enfermeiro

deve perceber as necessidades da pessoa, qual a sua rede de suporte, a sua fonte de inspiração ajudando-a a desenvolver sentimentos de coragem, esperança e otimismo para que esta alcance um futuro bem-estar psicológico.

Reaver os níveis de funcionamento é um fator igualmente preponderante no processo de recuperação, que remete para a reabilitação física. Aqui é enfatizado o papel de excelência do Enfermeiro na avaliação das necessidades da pessoa, na tomada de decisão e na identificação das intervenções mais adequadas face às necessidades comprometidas.

Conclusão

Compreende-se que, no que concerne à amputação, esta despoleta sentimentos de autoaversão física e comportamental, negligência no autocuidado, perda, luto, tristeza, vergonha, isolamento social, diminuição da capacidade/potencial para deambular e dificuldade e/ou restrição para realizar as AVD'S, influenciando negativamente a autoimagem e a independência. Foram identificados fatores passíveis de alterar a percepção da autoimagem e da independência de uma pessoa submetida a amputação, nomeadamente, o tempo decorrido desde a mesma, a idade, os recursos internos de coping, a autossuficiência, a autoestima, o uso de prótese, a gestão da dor, o suporte social e a performance cognitiva.

Para colmatar o impacto negativo que a amputação apresenta na autoimagem e na independência, o Enfermeiro deve prestar um cuidado de excelência. Planear os cuidados a médio e longo prazo, segundo os valores, padrões e objetivos da pessoa, em parceria, bem como, melhorar a situação física e psicológica da mesma, encorajando-a e à sua família a desenvolver ferramentas para uma adaptação/transição eficaz à nova condição de vida. Em suma, face à questão de investigação, "Qual o impacto da amputação na autoimagem e na independência da pessoa?" percebe-se que num primeiro momento o impacto é negativo (exceto quando a amputação

era vivenciada como uma situação de vida ou de morte), mas com as intervenções do Enfermeiro, pela identificação dos fatores estudados e conhecendo as peculiaridades de cada um, o impacto da amputação pode posteriormente tornar-se positivo, sendo de elevada relevância e imprescindível o papel ativo do Enfermeiro de Ligação na área da SM e Psiquiatria de forma a colmatar as necessidades comprometidas da pessoa.

No decorrer da realização do presente estudo foram diversas as dificuldades/limitações, nomeadamente, a identificação das palavras-chave mais apropriadas, a seleção dos artigos mais pertinentes e que melhor pudessem responder à questão de investigação, bem como, a interpretação dos resultados obtidos. Sugere-se que se realizem investigações aprofundadas em Portugal, mais concretamente na relação entre a autoimagem, a adaptação psicossocial e a performance cognitiva, não desvalorizando todos os outros fatores inerentes a esta temática que se demonstraram escassos face ao impacto que esta problemática acarreta na nossa população.

Referências bibliográficas

- Amorelli, C., Yancosek, K., & Morris, R. (2019). Amputees unanimous: a 12-step program. *Prosthetics and Orthotics International*, 43(3), 293-300. doi: 10.1177/0309364619836027
- Bento, A. (2012). Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. *Revista JA da Associação Académica da Universidade da Madeira*, 7(65), 42-44.
- Biffi, R., Aramaki, A., Dutra, F., Garavello, I., & Cavalcanti, A. (2017). Levantamento dos problemas do dia a dia de um grupo de amputados e dos dispositivos de auxílio que utilizam. *Revista Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo*, 28, 46-53. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v28i1p46-53
- Burden, N., Simpson, J., Murray, C., Overton, P., & Powell, P. (2018). Prosthesis use is associated with reduced physical self-disgust in limb amputees. *Body Image an International Journal of Research*, 27, 109-117. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.08.001
- Coffey, L., O'Keeffe, F., Gallagher, P., Desmond, D., & Lombard-Vance, R. (2012). Cognitive functioning in persons with lower limb amputations: a review. *Journal of Disability & Rehabilitation*, 34(23), 1950-1964. doi: 10.3109/09638288.2012.667190
- Diogo, M. (1993). Sentimentos relacionados com a auto-imagem de idosos submetidos à amputação de membro. *Revista Escola Enfermagem Universidade São Paulo*, 27(2), 296-308.
- Gabarra, L., & Crepaldi, M. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*, 30, 59-72.
- Gozaydinoglu, S., Hosbay, Z., & Durmaz, H. (2019). Body image perception, compliance with a prosthesis and cognitive performance in transfemoral amputees. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 53(3), 221-225. doi: 10.1016/j.aott.2019.03.014
- Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Journal of disability and rehabilitation*, 26(14), 837-850. doi: 10.1080/09638280410001708869
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes* (9ª ed.). São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Matos, J. P., Carolino, E., & Ramos, R. (2018). Dados epidemiológicos sobre amputações realizadas em Portugal entre 2000 e 2015. In: *IV Jornadas de Ortoprotesia, ESTeSL (Lisboa)*.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory, middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Pronúncia OE - Relatório da avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa, Portugal.
- Paiva, L., & Goellner, S. (2008). *Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à*

reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Interface: comunicação, saúde e educação*, 12(26), 485-497. doi:10.1590/S1414-32832008000300003.

Pereira, V. (2012). Doente submetido a amputação do membro inferior - o enfermeiro de reabilitação no processo de transição (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Sabino, S., Torquato, R., & Pardini, A. (2013). Anxiety, depression and hopelessness in lower limb amputees patients. *Revista Acta Fisiátrica*, 20(4), 224-228. doi: 10.5935/0104-7795.20130037

Sharath, S., Henson, H., Flynn, S., Pisimisis, G., Kougias, P., & Barshes, N. (2015). Ambulation and independence among Veterans with nontraumatic bilateral lower-limb loss. *Journal of Rehabilitation Reseach & Develoment*, 52(7), 851-858. doi:10.1682/JRRD.2014.07.0176

Silva, S., Padilha, M., Rodrigues, I., Vaconcelos, E., Santos, L., Souza, R., & Conceição, V. (2010). Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 404-409. doi: 10.1590/S0034-71672010000300009

Vaz, I., Roque, V., Pimentel, S., Rocha, A., & Duro H. (2012). Psychosocial Characterization of a Portuguese Lower Limb Amputee Population. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25(2), 77-82.

World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: WHO.

EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE PRIMEIROS SOCORROS EM SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES DO 1.º ANO DE ENFERMAGEM

Sandrina Ribeiro da Cunha⁽¹⁾; Luís Manuel Jesus Loureiro⁽²⁾



Resumo

Enquadramento: O programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental (PSSM) é uma ferramenta educacional utilizada no contexto da promoção da literacia em saúde mental nos mais diversos contextos, e cuja evidência científica apresenta como efetivo.

Objetivo: Avaliar a efetividade do programa de PSSM em estudantes do 1.º ano do curso de Enfermagem.

Metodologia: Desenho pré-experimental, com grupo único, avaliação pré e pós intervenção, aplicado a uma amostra de 36 estudantes do 1.º ano do curso de Enfermagem. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o QuALiSMental. Os dados foram analisados com recurso ao software IBM SPSS Statistics v24.0.

Resultados: o programa é efetivo em termos de reconhecimento da depressão, conhecimentos associados à prestação de primeira ajuda e primeiros socorros, intenção de procura de ajuda, confiança para prestar ajuda, e reduz o estigma pessoal associado à depressão.

Conclusão: O programa PSSM mostra ser adequado em contexto de integração dos estudantes em ensino superior, podendo ser utilizado como medida preventiva e promotora da saúde mental.

Palavras-chave: Literacia em Saúde Mental; Primeira Socorros; Jovens; Enfermagem; Depressão

Abstract

EFFECTIVENESS OF MENTAL HEALTH FIRST AID PROGRAM IN 1ST YEAR NURSING STUDENTS

Background: The Mental Health First Aid (MHFA) program is an educational tool used in the context of promoting literacy in mental health in the most diverse contexts, and whose scientific evidence is presented as effective.

Objective: to analyze the effectiveness of the PSSM program on 1st year students of the Nursing course.

Methodology: Pre-experimental design, with a single group, pre- and post-intervention assessment, applying a sample of 36 1st year students of the Nursing course. The data collection instrument used was the QuALiSMental. The data were analyzed using the IBM SPSS Statistics v24.0 software.

Results: the program is effective in terms of recognizing depression, knowledge associated with first aid and first aid, intention to request help, confidence in providing help, and reduces or personal stigma associated with depression.

Conclusion: The MHFA program proves to be adequate in the context of the integration of students in higher education, and can be used as a preventive measure and promoting mental health

Keywords: Mental Health Literacy; First Aid; Young; Nursing; Depression

Resumen

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PRIMEROS AUXILIOS EN SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE ENFERMERÍA

Antecedentes: El programa de Primeros Auxilios en Salud Mental (PASM) es una herramienta educativa utilizada en el contexto de la promoción de la alfabetización en salud mental en los contextos más diversos, y cuya evidencia científica se presenta como efectiva.

Objetivo: analizar la efectividad del programa PASM en estudiantes de primer año del curso de Enfermería.

Metodología: Diseño pre-experimental, con un solo grupo, evaluación pre y post intervención, aplicando una muestra de 36 estudiantes de 1er año del curso de Enfermería. El instrumento de recolección de datos utilizado fue el QuALiSMental. Los datos se analizaron utilizando el software IBM SPSS Statistics v24.0.

Resultados: el programa es efectivo en términos de reconocimiento de la depresión, conocimiento asociado con primeros auxilios y primeros auxilios, intención de solicitar ayuda, confianza para brindar ayuda y reduce el estigma personal asociado con la depresión.

Conclusión: El programa PSSM demuestra ser adecuado en el contexto de la integración de los estudiantes en la educación superior, y puede usarse como medida preventiva y para promover la salud mental.

Palabras clave: Alfabetización en salud mental; Primeros auxilios; Joven; Enfermería; Depresión

Submetido em março 2021. Aceite para publicação em abril 2021

⁽¹⁾Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Centro Hospitalar de Leiria: Hospital Santo André, Leiria, Portugal

⁽²⁾Licenciada em Enfermagem, Enfermeira a trabalhar em University Hospital Southampton, SO14 3ZP Southampton, United Kingdom. E-mail: micaelalopes97@sapo.pt

⁽³⁾Doutorado em Medicina; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; UICISA: E - ESEnFC, Coimbra, Portugal

Introdução

O ingresso no ensino superior corresponde a uma transição, em que os jovens enfrentam um conjunto substancial de desafios nas suas vidas (Brown, 2016; Castro, 2017). Por um lado, e numa parte substancial dos casos, a deslocalização da área de residência, com a consequente separação da família e dos amigos e o distanciamento da rede de suporte familiar e social. Por outro, a adaptação ao novo contexto/realidade (casa, cidade, instituição de ensino), que determina o estabelecimento de novas relações e vínculos interpessoais e sociais com ênfase para a descoberta de novos amigos, dos professores e do ambiente e vivências académicas, com ênfase para os novos métodos de ensino e as novas aprendizagens. É expectável que a autonomia dos jovens se acentue e que estes se adaptem ao contexto e às novas exigências do quotidiano, nesta nova etapa das suas vidas.

O processo de transição e consequente adaptação é um período crítico que tem implicações em todas as vertentes do sucesso académico e consequentemente na sua saúde mental e bem-estar (Nogueira, 2017). Algumas revisões acerca da prevalência de problemas de SM nos estudantes do ensino superior indicam que estes apresentam níveis mais elevados de depressão e problemas de ansiedade comparativamente à população geral, especificamente estudantes que frequentam cursos de saúde (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013), incluindo os estudantes de enfermagem (Pulido-Criolo, Cueto-Escobedo & Guillén-Ruiz, 2018).

Concomitantemente os estudantes apresentam um reduzido nível de literacia em saúde mental que pode ter impacto na procura de ajuda, ao ponto dos problemas de saúde mental se puderem agudizar evoluindo para situações de cronicidade, podendo comprometer o seu potencial de desenvolvimento e consequentemente o seu futuro (Loureiro & Freitas, 2020).

A proximidade social decorrente das relações interpares pode ser considerada

umas das chaves para atuação precoce em saúde mental, dado que os pares são peças fundamentais para o reconhecimento precoce das alterações decorrentes dos problemas de saúde mental, e podem atuar como prestadores de primeira ajuda.

Esta atuação implica que se promovam ações que permitam capacitar os estudantes em termos de literacia em saúde mental, especificamente aos níveis do reconhecimento sinais, valorização dos sintomas, adoção de estratégias/ações adequadas de intervenção em primeira ajuda e baseadas na melhor evidência, e cujos resultados podem incluir a promoção e facilitação da procura de ajuda em saúde mental de modo a que os pares recuperem a sua boa saúde mental (Loureiro, 2014; Loureiro & Freitas, 2020).

Neste contexto o programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental (PSSM®) apresentasse-nos como uma das ferramentas educativas cuja evidencia aponta para a sua adequação e efetividade logo na integração no ensino superior, sendo uma medida promotora da saúde mental (Loureiro & Freitas, 2020).

Este estudo tem como objetivo avaliar a efetividade do programa de PSSM® na LSM acerca da depressão, nas componentes de reconhecimento; intenção de procura de ajuda; conhecimentos sobre primeira ajuda; confiança para prestar ajuda e estigma pessoal, a partir de uma amostra de estudantes do 1.º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem que frequentam uma instituição da Região Centro de Portugal Continental.

Enquadramento

O programa de primeiros socorros em saúde mental (PSSM®) (Mental Health First Aid – MHFA®), desenvolvido na Austrália por Kitchener e Jorm (2002) é um programa educativo de treino de competências, alicerçado no conceito de literacia em saúde mental (LSM) e tem como objetivo ensinar o público a prestar primeira ajuda e primeiros socorros a alguém que esteja a desenvolver um problema de saúde mental ou então numa

situação de crise relacionada com a saúde mental (Kitchener & Jorm, 2002; Loureiro, 2014).

O programa vem dar resposta à evidência que aponta para uma reduzida LSM das populações, com ênfase para os jovens (Jorm, 2019), e que pode ter impacto na procura de ajuda em saúde mental. Os atrasos, recusas ou adiamentos da procura de ajuda em saúde mental significa, em muitos casos, o agudizar dos problemas de saúde mental e o eventual comprometimento do potencial de desenvolvimento dos indivíduos, bem como do seu futuro pessoal e profissional (Loureiro & Freitas, 2020).

A evidência produzida acerca da efetividade do programa de PSSM® em amostras de estudantes do ensino superior, mais especificamente de enfermagem, aponta para resultados promissores (Bond, Jorm, Kitchener, & Reavley, 2015; Burns, Crawford, Hallett, Hunt, Chih, & Tilley, 2017; Yee, 2018; Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020). Estes resultados estão também em linha com os estudos de efetividade realizados noutras amostras, como atestado por diferentes revisões sistemáticas com meta-análises (Hadlaczky, Hökby, Mkrtchian, Carli, & Wasserman, 2014; Morgan, Ross, & Reavley, 2018)

No caso dos estudos pioneiros realizados em Portugal (Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020), os resultados apontam para a efetividade do PSSM®, obtendo os autores, resultados com significado estatístico e medidas de tamanho de efeito de moderadas a grandes nas diferentes componentes, concluindo os autores que o programa de PSSM® contribui para o aumento da LSM, especificamente em termos de incremento do reconhecimento dos problemas de saúde mental (ex. ansiedade e depressão), aumento dos conhecimentos relacionados com primeira ajuda e primeiros socorros, aumento da intenção de procura de ajuda e simultaneamente da confiança para prestar

essa primeira ajuda e primeiros socorros em saúde mental. Concomitantemente o programa contribui para a diminuição do estigma pessoal associado à depressão.

É de salientar que os estudos portugueses referidos (Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020), ainda que no caso do estudo de Loureiro e Costa (2019) o programa tenha sido aplicado a estudantes dos 2.º, 3.º e 4.º anos letivos, utilizam o mesmo tipo de desenho de investigação (desenho pré-experimental, com grupo experimental e avaliação pré e pós intervenção), sendo ambas as avaliações (pré e pós) realizadas com o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) de Loureiro (2015).

Hipóteses de investigação

H1: A frequência do programa de PSSM® contribui para o incremento da LSM dos estudantes do 1.º ano do CLE nas componentes de reconhecimento da depressão, intenção de procura de ajuda, conhecimentos sobre primeira ajuda (e primeiros socorros) e confiança para prestar ajuda.

H2: A frequência do programa de PSSM® contribui para a redução do estigma pessoal associado à depressão.

Metodologia

Este estudo é de natureza quantitativa, de nível IV, com recurso a um desenho pré-experimental, com grupo experimental e avaliação pré e pós intervenção.

A amostra do estudo é constituída por 36 estudantes do 1.º ano do CLE que frequentam uma instituição de ensino superior da Região Centro de Portugal Continental, sendo 8 (22,20%) do sexo masculino e 28 (77,80%) do sexo feminino. Relativamente à idade, a média é de 18,64 anos (desvio padrão=1,78 anos), sendo a idade mínima observada de 17 anos e a máxima de 25 anos. A Ratio de Variação para a variável sexo indica pouca dispersão relativamente a esta variável (RV=0,22). O valor do coeficiente de variação da idade é CV=0,10 (10,0%), indicando que a dispersão da variável idade é fraca.

Os participantes no programa foram

selecionados de modo aleatório a partir da lista de alunos inscritos no 1.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem que manifestaram a sua disponibilidade e interesse em frequentar o programa.

Como instrumento de colheita de dados recorreu-se ao QuALiSMental (Loureiro, 2015) na versão para a depressão.

A primeira parte do QuALiSMental inclui as instruções de preenchimento e questões de caracterização sociodemográfica (sexo, idade e habilitações literárias dos pais).

A segunda parte é constituída por diferentes seções relativas às componentes em análise. Previamente é apresentada uma vinheta relatando um caso de depressão de uma jovem chamada Joana, de acordo com os critérios de diagnóstico da DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). O conteúdo da vinheta é o seguinte:

A Joana é uma jovem de 18 anos que se tem sentido invulgarmente triste durante as últimas semanas. Sente-se sempre cansada e tem problemas para adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem vindo a perder peso. Tem dificuldade em concentrar-se no estudo e as suas notas desceram. Mesmo as tarefas do dia-a-dia lhe parecem muito difíceis, pelo que tem adiado algumas decisões. Os seus pais e amigos estão muito preocupados com ela.

Procedimentos

O QuALiSMental foi administrado em ambos os momentos em sala de formação, pré e pós intervenção, sob supervisão do formador. Previamente à administração do QuALiSMental, foi solicitada autorização à Presidente da Direção da instituição para a implementação do programa e ao Presidente do Conselho Pedagógico, órgão responsável pela coordenação das atividades da semana de integração. Obteve-se autorização de ambos os representantes dos órgãos.

O projeto foi posteriormente submetido à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de

Coimbra (N.º: P603-06/2019), tendo obtido parecer positivo.

A intervenção teve a duração de 9 horas, sendo constituída por 3 sessões de duas horas e uma sessão de 3 horas.

Tratamento estatístico

O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao software IBM-SPSS 24.0. Foram calculadas as estatísticas resumo adequadas (ex. média, desvio padrão) e as frequências absolutas e percentuais, antes e depois da formação.

Em termos de testes estatísticos, recorreu-se ao teste de McNemar, teste de Bowker e teste t para grupos emparelhados. No caso do teste de Bowker, e quando as diferenças observadas são estatisticamente significativas ($p < 0,05$), calcularam-se os procedimentos post hoc (à posteriori) com correção de Bonferroni.

Como medidas de tamanho de efeito foram calculadas, de acordo com a ordem dos testes referido anteriormente, as seguintes: Odds Ratio (OR) e “g” de Cohen para o teste de McNemar (2x2) e teste de Bowker e “d” de Cohen para o teste t. De acordo com Cohen (1988), consideramos como valores de referência para a interpretação os seguintes: pequeno ($0,05 < g < 0,15$); médio ($0,15 < g < 0,25$) e grande ($g \geq 0,25$). Para o “d” de Cohen (1988) os valores são considerados pequenos se ($0,20 \leq d < 0,50$); médios se ($0,50 \leq d < 0,80$) e grandes se ($d \geq 0,80$).

É de salientar que optamos por não proceder à recodificação dos formatos respostas do questionário. Por exemplo, “prejudicial” e “não sei”, não foram agregadas, pois correspondem a posicionamentos diferenciados em relação aos itens. É do nosso interesse analisar, a mudança do padrão de respostas, quer dos que possuem um conhecimento errado e desajustado, como daqueles que afirmam não ter conhecimento. Neste sentido, em alguns itens o teste de Bowker não foi calculado dadas as características da matriz de dados obtida.

Resultados

Relativamente aos resultados observados para a componente de reconhecimento da depressão (Tabela 1), antes da formação foram assinalados rótulos que não correspondem a uma identificação correta da situação descrita, com ênfase para o rótulo “esgotamento nervoso” (50,00%) e inclusive “ansiedade” (47,20%).

Em termos comparativos (antes e após), a intervenção produziu efeito com significado estatístico, no incremento do assinalar do rótulo “doença mental” ($p=0,011$; $OR=9,00$; $g=0,40$), e uma diminuição na utilização dos rótulos “ansiedade” ($p=0,054$; $OR=3,00$; $g=0,25$) e “esgotamento nervoso”

pense tanto nos problemas” (69,40%). A ação de “perguntar se tem ideias suicidas” é considerada prejudicial por 55,60%, enquanto 33,30% consideram não saber.

Algumas estratégias que não devem ser aconselhadas, tais como “não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor” e “sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas” são consideradas prejudiciais pela grande maioria dos participantes (97,20% e 91,70% respetivamente), contudo a ação de procurar “mantê-la ocupada para que não pense tanto nos problemas”, como se referiu é vista como útil por 69,40% dos participantes.

Em termos comparativos, antes e depois da intervenção, podemos observar que apenas

Tabela 1 - Distribuição percentual dos rótulos assinalados, antes e depois da intervenção, na componente de reconhecimento da depressão (N=36)

Depressão	Antes (%)	Depois (%)	p^\dagger	$OR^{(a)}$ ($g^{(b)}$)
Depressão	83,30	88,90	0,313	3,00 (0,25)
Doença mental*	8,30	30,60	0,011	9,00 (0,40)
Stress	63,90	50,00	0,267	2,25 (0,19)
Esgotamento nervoso*	50,00	13,90	0,000	∞ (0,50)
Problemas psicológicos/emocionais/mentais	50,00	36,10	0,133	2,25 (0,19)
Ansiedade*	47,20	30,60	0,054	3,00 (0,25)
Identificação correta do problema*	25,00	69,40	0,000	9,00 (0,40)

† valor “p” associado ao teste de McNemar; $^{(a)}$ Odds ratio; $^{(b)}$ “g” de Cohen

($p=0,000$; $OR=\infty$; $g=0,50$). Ao nível do reconhecimento, em termos de identificação correta, a intervenção produziu um efeito estatisticamente significativo, passando dos 25,00% iniciais que reconheciam corretamente a depressão, para os 69,40% no fim da intervenção. Este efeito é considerado grande ou elevado ($p=0,000$; $OR=9,00$; $g=0,40$).

No que respeita à componente de conhecimentos e competências para prestar apoio e primeira ajuda a outros, os resultados, previamente à intervenção mostram (Tabela 2) que a escuta é eleita como a estratégia com maior utilidade (97,20%), seguido de “incentivá-la a praticar exercício físico” (83,30%), “reunir o grupo de amigos para a animar” (80,60%), “sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde” (80,60%), “marcar uma consulta no médico de família” (72,20%) e “mantê-la ocupada para que não

no item “perguntar se tem ideias suicidas” as mudanças são estatisticamente significativas ($p=0,000$; $OR=\infty$; $g=0,50$). A mudança dá-se das opções “não sei” e “prejudicial” (antes da intervenção) para “útil” no fim da intervenção ($p<0,05$).

Relativamente à intenção de procura ajuda em saúde mental (Tabela 2), previamente à intervenção verificou-se (para o caso da depressão) que 66,70% dos participantes referem que pediriam ajuda, no fim da intervenção esse valor subiu para os 88,90%. Esta mudança revestiu-se de significado estatístico ($p=0,021$; $OR=9,00$; $g=0,40$), apontando para um tamanho de efeito grande.

Na confiança para prestar ajuda e apoio a alguém que estivesse a vivenciar uma situação semelhante à descrita na vinheta da depressão, observa-se (Tabela 2) um aumento estatisticamente significativo no fim da

intervenção ($t(35)=-4,782$; $p=0,000$; $d=0,79$), aumentando em termos médios de 3,14 pontos para os 3,72 pontos no fim da intervenção.

No estigma pessoal associado à depressão, observa-se uma diminuição dos scores da escala, dos 2,22 pontos iniciais para os 1,67 pontos no fim da intervenção. Esta mudança é estatisticamente significativa ($t(36)=3,063$; $p=0,001$; $d=0,51$), sendo a medida de tamanho de efeito considerada média ($d=0,51$).

Tabela 2 - Distribuição percentual das respostas assinaladas nos conhecimentos relacionados com a prestação de primeira ajuda e primeiros socorros e intenção de pedido de ajuda, e estatísticas resumo para a confiança e estigma pessoal associado à depressão, antes e depois da intervenção (N=36)

Depressão	Depressão (antes)			Depressão (depois)			p†	AB	AC	BC	ES
	Útil	Prejudicial	Não sei	Útil	Prejudicial	Não sei					
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	97,20	0,00	2,80	100,00	0,00	0,00	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	30,60	27,80	41,70	0,00	91,70	8,30	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde	80,60	2,80	16,70	97,20	2,80	0,00	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Marcar uma consulta no Médico de Família	72,20	5,60	22,20	94,40	5,60	0,00	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Perguntar se tem ideias suicidas	11,10	55,60	33,30	80,60	13,90	5,60	0,000	*	(b)	(b)	∞ (0,50)
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas	0,00	91,70	8,30	0,00	100,00	0,00	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Reunir o grupo de amigos para a animar	80,60	5,60	13,90	88,90	8,30	2,80	0,343	(b)	(b)	(b)	(b)
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até	2,80	97,20	0,00	0,00	100,00	0,00	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Mantê-la ocupada para que não pense tanto	69,40	11,10	19,40	55,60	30,60	13,90	0,053	(b)	(b)	(b)	(b)
Incentivá-la a praticar exercício físico	83,30	0,00	16,70	97,20	0,00	2,80	0,063	(b)	(b)	(b)	(b)
	antes			depois							
	Sim	Não sei		Sim	Não sei						
Intenção de pedido de ajuda	66,70	33,30		88,90	11,10		0,021	---	---	---	9,00 (0,40)
	Média	Dp		Média	Dp		t		p		d
Confiança para prestar ajuda	3,14	0,54		3,72	0,78		-4,782		,000		0,79
Estigma pessoal	2,22	,31		1,67	1,14		3,063		,004		0,51

† valor de *p* associado ao teste de Bowker; (a) teste de McNemar usando distribuição binomial; (b) teste/medida não aplicado; ES = medidas de tamanho de efeito Odds ratio e “g” de Cohen; AB; AC; BC – testes de comparações múltiplas com correção de significância de Bonferroni.; †† valor igual para ambas as matrizes 2x2 com *p*<0,05; d=∞ (0,50).

Discussão

Iniciamos a discussão com a apresentação das limitações decorrentes, quer do do tipo de desenho utilizado, quer do instrumento de colheita de dados. Destaca-se também as questões amostrais, nomeadamente relacionadas com o tamanho uma vez que esse facto tem implicações nos testes estatísticos utilizados.

No primeiro caso, recorreu-se à utilização de um desenho com apenas um grupo (grupo experimental) e avaliação pré e pós intervenção. A primeira limitação prende-se por isso com a inexistência de grupo de controle e neste sentido, não nos permite comparar o programa com outro tipo de intervenção, ou simplesmente com a ausência de intervenção. Acresce que a não existência de grupo de follow-up não nos permite analisar a retenção do conhecimento adquirido por parte dos participantes ao longo do tempo, o que contribui para que sejamos cautelosos na interpretação dos resultados obtidos. É ainda de salientar o tamanho da amostra e o seu impacto na utilização dos testes estatísticos, como é o caso do teste de Bowker. Contudo, como se referiu, optou-se por não agregar categorias e ler os resultados descritivos tal como se apresentavam nos casos em que não se aplicava o teste. Ainda que a amostra tenha uma dimensão modesta, também não foram realizadas análises do poder dos testes à posterior, pelo que esse facto é tido em conta na discussão e alcance dos resultados.

No que respeita à componente de reconhecimento da depressão, após a intervenção, 69,40% dos participantes identificaram corretamente o caso descrito na vinheta. Comparativamente com outros estudos realizados no contexto português com estudantes de enfermagem (Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020), que apresentaram respetivamente 68,80%, 80,40% e 62,56%, parece-nos que 69,40% é um valor aceitável e positivo, pois previamente à intervenção a percentagem de identificação correta era

25,00%. Contribui para este valor (25,00%) o facto de 50,00% dos participantes assinalarem, por exemplo, o rótulo “esgotamento nervoso”, que sendo inespecífico, serve para caracterizar no quotidiano qualquer tipo de alteração de saúde mental.

É ainda de salientar que o facto de apenas 25,00% dos estudantes do 1.º ano identificarem corretamente a depressão, não constitui de per si um resultado muito dispare do espectro da evidência produzida relativamente à LSM acerca da depressão de adolescentes e jovens portugueses, como atestado pelo estudo realizado por Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira e Pedreiro (2013), a partir de uma amostra aleatória e representativa de 4938 adolescentes e jovens, em que apenas 27,20% identifica corretamente a depressão.

Contudo, é na análise das medidas de tamanho de efeito, comparando o momento antes da intervenção com o momento após (OR= 9,00; g=0,40; p<0,01) que os resultados apresentam maior consistência com os obtidos no estudos de Loureiro e Costa (2019) e Loureiro e Freitas (2020) e cujos valores apontam para OR=7,00 (g=0,38; p<0,01) e OR=13,71 (g=0,43; p<0,01). Como podemos verificar as medidas de tamanho de efeito são consideradas grandes (g> 0,25) nos dois estudos referidos, incluindo os do nosso estudo.

No caso dos estudos realizados em contexto internacional com amostras de estudantes de enfermagem, os valores encontrados não configuram mudanças estatisticamente significativas (p> 0,05) da pré para a pós intervenção nos grupos experimentais (Bond et al., 2015; Burns et al., 2017). Por exemplo, no estudo de Bond et al. (2015), os grupos experimentais (n=292) de alunos do 1.º ao último ano do curso, foram submetidos a dois tipos de intervenção (MHFA online (n=171) e MHFA presencial (n=121)). Inicialmente 92,40% do grupo online e 91,10% do grupo presencial identificam corretamente a depressão, passando após a intervenção para 97,40% e 95,90%, respetivamente.

O estudo de Burns et al. (2017) realizado com uma amostra de estudantes do 1.º ano e cujo grupo experimental era constituído por 59 estudantes, antes da intervenção 91,50% identifica corretamente a depressão, passando para 94,20% no fim da intervenção.

Mais recentemente o estudo de Yee (2018) com estudantes de enfermagem de Hong Kong e cujo grupo experimental era constituído por 35 estudantes de diferentes anos, observou que inicialmente 72,20% identificou corretamente a depressão, valor que aumentou para 100,00% no fim da intervenção. Ainda que o autor não tenha calculado o teste de hipótese respetivo, a mudança apresenta significado estatístico ($p < 0,05$).

É do nosso entendimento que as diferenças dos resultados observados nos estudos poderão estar relacionadas com o modo como são codificadas as vinhetas, isto é, quais os códigos que configuram uma descrição correta da situação numa perspetiva clínica. Por exemplo, no caso Português (Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira & Pedreiro, 2013) se os participantes assinalarem depressão e concomitantemente algum dos códigos “doença mental”, “problemas psicológicos/emocionais/mentais” e “stress”, tal configura uma identificação correta. No caso dos estudos internacionais os autores utilizam uma codificação diferente, a partir de uma questão em aberto. Por exemplo Bond et al, (2015) considera correto se a palavra “depressão” ou “deprimido” forem utilizadas ou mencionadas na resposta, enquanto Burns et al. (2017) utilizam também a questão em aberto, mas consideram para a identificação correta apenas os rótulos “depressão”, “perturbação afetiva” e “perturbação de humor”.

Ainda assim é de referir que o programa de PSSM® não pretende ensinar a fazer diagnósticos em saúde mental (Loureiro, 2014), neste sentido a leitura deve ser complementada também com os resultados observados nos diferentes códigos utilizados pelos participantes para descrever a situação, o que indicia a sua capacidade de problematizar

a situação descrita.

Ao nível da componente de conhecimentos e competências para prestar primeira ajuda e primeiros socorros os resultados observados estão em consonância com os observados nos estudos já referidos (Bond et al., 2015; Burns et al., 2017; Yee, 2018; Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020;), o que indicia que o programa contribui para o incremento da literacia nesta componente. Contudo, e apesar dos resultados serem globalmente positivos na pré intervenção, quando comparados os resultados antes e depois, verifica-se que apenas na questão “perguntar se tem ideias suicidas” as diferenças se revestem de significado estatístico ($p < 0,05$). Neste caso observou-se que diminui substancialmente as opções “prejudicial” e “não sei” no momento pós intervenção, passando a estratégia de questionar a pessoa a ser perspetivada como “útil” por 4/5 da amostra.

Uma análise cuidada permite, tal como acontece noutros estudos verificar que o padrão de respostas depois da formação segue um perfil em que as respostas “não sei” são praticamente residuais, aumentando a perceção de prejudicial nas estratégias desadequadas, e a perceção de “útil” nas estratégias adequadas e cientificamente validadas, o que mostra que o programa de PSSM é uma ferramenta educativa que permite aumentar o conhecimento (Loureiro & Freitas, 2020).

É de salientar neste contexto o facto de em 60,00% dos itens não ter sido possível aplicar o teste estatístico de Bowker. Tal facto deve-se aos pressupostos do teste e decorrentes deste o tamanho da amostra, uma vez que em algumas células da matriz de rrx as frequências observadas são de zero, especialmente nas células da diagonal principal das matrizes. Contudo, optou-se por não produzir transformações de identidade e agregar categorias dos diferentes formatos de resposta, que podendo satisfazer os critérios estatísticos, comprometiam o pressuposto

conceptual e teórico relacionados com o instrumento e consequentemente que de devem presidir à interpretação dos resultados. Assim, por exemplo, não se agregaram as opções “prejudicial” e “não sei”, pois não correspondem ao mesmo tipo de avaliação feito a um estímulo.

Relativamente à intenção de procura de ajuda numa situação semelhante, os resultados apontam para que o programa seja efetivo na manifestação desta intenção, tal como acontece na globalidade dos estudos (Bond et al., 2015; Burns et al., 2017; Yee, 2018; Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020). Os valores das medidas de tamanho de efeito apresentam em todos os estudos, incluindo neste, valores considerados grandes. A principal mudança dá-se sobretudo daqueles que estão inicialmente relutantes (“não sei”) para o “sim” no fim da intervenção. No nosso estudo, após a intervenção, 88,90% dos participantes afirmam que pedirão ajuda. Este resultado vem também ao encontro dos resultados de outros estudos realizados no contexto português, em que os participantes afirmam que pedirão ajuda, sendo respetivamente, 81,30% no estudo de Loureiro e Sousa (2019), 91,30% em Loureiro e Costa (2019) e 86,30% em Loureiro e Freitas (2020).

Em termos de confiança para prestar primeira ajuda e primeiros socorros, os resultados indicam que o programa tem um efeito estatisticamente significativo, associado a um tamanho de efeito moderado, tal como o reportado noutros estudos (Bond et al., 2015; Burns et al., 2017; Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020). É de referir que o objetivo central do programa é aumentar a literacia em saúde mental do público, capacitando para prestar ajuda e apoio a alguém que esteja a desenvolver um problema relacionado com a sua saúde mental e/ou em crise. A confiança dos prestadores de primeira ajuda é fundamental para este atuar nas situações do quotidiano associadas a saúde mental, sendo

a confiança reforçada pelo facto do programa promover o ensino do plano de ação e as estratégias que permitem atuar em situação de crise relacionadas com a saúde mental (Loureiro, 2014).

No caso do estigma pessoal a intervenção produziu uma mudança nos scores, com o valor da medida de tamanho de efeito a revelar-se moderada ($d=0,51$). Esta mudança, ainda que superior ao observado em estudos internacionais (Morgan et al., 2018), está em consonância com os estudos realizados no contexto nacional (Loureiro & Freitas, 2020).

Em termos globais, os resultados da nossa intervenção, quando comparados com os resultados da revisão sistemática com meta-análise efetuada recentemente por Morgan et al., (2018), ainda que nosso estudo não considere follow-up, tal como referido no início da discussão, verificamos que o programa é efetivo em termos de aumento do reconhecimento dos problemas de saúde mental (tamanho de efeito grande), aumento dos conhecimentos acerca da prestação de primeira ajuda e primeiros socorros (tamanho de efeito grandes nos itens cujo $p<0,05$), incremento da intenção de procura de ajuda em saúde mental (tamanho de efeito grande) e da confiança em prestar ajuda (tamanho de efeito moderado) e redução do estigma pessoal associado à depressão (tamanho de efeito moderado).

Conclusão

Conclui-se que o programa de PSSM é uma medida educacional que apresenta efetividade no incremento da LSM acerca da depressão dos estudantes de enfermagem. Esta conclusão é atestada pelos valores das medidas de tamanho de efeito observadas, quando aplicadas aos resultados dos itens cujas mudanças se revelaram com significado estatístico.

Observa-se que o programa, por um lado aumenta a capacidade de reconhecimento da depressão, quer através da identificação correta dos sinais associados, quer ainda

da valorização dos sintomas e diminuição da utilização de rótulos desadequados e associados a visões estigmatizantes dos problemas de saúde mental. Por outro, contribui para o aumento dos conhecimentos relacionados com a prestação de primeira ajuda e primeiros socorros em saúde mental, materializado pelo domínio do plano de ação - ANIPI (e confiança na ajuda prestada), o que nos leva a concluir que os estudantes podem, com a frequência do programa, atuar como prestadores e promotores da primeira ajuda, sobretudo se potenciarem a procura de ajuda em saúde mental dos seus pares nas situações que envolvem o adoecer mental, incluindo situações de crise.

Conclui-se também que o programa de PSSM aumenta de forma efetiva a intenção de procura de ajuda em saúde mental e reduz simultaneamente o estigma pessoal associado à depressão.

Referências bibliográficas:

1. Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
2. Bond, K. S., Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Reavley, N. J. (2015). Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: an evaluation study. *BMC Psychology*, 3. <http://doi: 10.1186/ s40359-015-0069-0>
3. Brown, P. (2016). *The invisible problem? Improving students' mental health*. Oxford. Recuperado de: <http://www.hepi.ac.uk/wp-content/uploads/2016/09/STRICTLY-EMBARGOED-UNTIL-22-SEPT-Hepi-Report-88-FINAL.pdf>.
4. Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Hunt, K., Chih, H., & Tilley, P. (2017). What's wrong with John? A randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry*, 17(1), 111. <https://doi: 10.1186/ s12888-017-1278-2>
5. Castro, V. (2017). Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior. *Revista Gestão Em Foco*, (9), 380–401
6. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
7. Hadlaczyk, G., Hökby, S., Mkrтчian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467–475. <http://doi.org/10.3109/09540261.2014.924910>
8. Ibrahim, A., Kelly, S., Adams, C., & Glazebrook, C. (2015). A systematic review of studies on the prevalence of Insomnia in university students. *Public Health*, 129(12), 1579–1584. <http://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.07.030>.
9. Jorm, A. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Bauer, U. Levin-Zamir, D. P. Pinheiro & K. Sorensen (Eds.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span* (pp. 53-66). Policy Press.
10. Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2(1), 10. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>
11. Loureiro, L. (2014). *Primeira ajuda em saúde mental*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
12. Loureiro, L. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: Estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 79–88. <http://doi.org/10.12707/RIV14031>
13. Loureiro, L. M. & Freitas, P. M. (2020). Effectiveness of the mental health first aid program in undergraduate nursing students. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19078. <http://doi:10.12707/RIV19078>
14. Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes,

A. C., Santos, J. C., Ferreira, R. O., & Pedreiro, A. T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 129. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-129>

15. Loureiro, L., & Costa, L. (2019). Avaliação do programa de primeiros socorros em saúde mental em estudantes de licenciatura em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 9-18. <http://doi:10.12707/RIV18087>

16. Loureiro, L., & Sousa, C. (2019). Programa de primeiros socorros em saúde mental: Estudo piloto. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 5(1), 72-86. <http://doi:10.31211/rpics.2019.5.1.108>

17. Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE*, 13(5), e0197102. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>

18. Nogueira, M. C. (2017). Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Fatores Protetores e Fatores de Vulnerabilidade (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal. Recuperado de: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/28877/1/ulsd730773_td_Maria_Nogueira.pdf.

19. Pulido-Criollo, F., Cueto-Escobedo, J., & Guillén-Ruiz, G. (2018). Stress in nursing university students and mental health. In B. Bernal-Morales (Ed.), *Health and academic achievement* (pp. 31-45). Recuperado de <https://www.intechopen.com/books/health-and-academic-achievement>.

20. Yee, M.W. (2018). Exploring the impact of mental health first aid on nursing students' knowledge and attitude: A randomised controlled trial. (Tese de doutoramento). University of the West of England, Bristol, Reino Unido. Recuperado de <https://uwe-repository.worktribe.com/output/866085>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA SUBMETIDA A HEMODIÁLISE COM DIAGNÓSTICO DE ANSIEDADE: RELATO DE CASO

David Metrogos⁽¹⁾, Ângela Cruz⁽²⁾, Luís Manuel Mota Sousa⁽³⁾, Isabel Bico⁽⁴⁾, Maria Frade⁽⁴⁾, Maria de Fátima Marques⁽⁵⁾,
Maria de Fátima Marques⁽⁶⁾



Resumo

Objetivo: elaborar um plano de cuidados de Enfermagem dirigido a pessoa com Doença Renal Crónica em hemodiálise com diagnóstico de ansiedade. Métodos: Estudo de caso do tipo descritivo, referente a indivíduo do sexo feminino, de 43 anos, em programa de hemodiálise iniciado há 8 meses. Foi utilizado o Modelo das Atividades de Vida de Roper, Logan & Tierney para a colheita de dados e taxonomia NANDA-I, NIC e NOC para elaboração do plano de cuidados. Resultados: formularam-se 10 diagnósticos de enfermagem, sendo considerado o de intervenção prioritária para o diagnóstico de Ansiedade (00146). Conclusão: A ansiedade interfere com toda a dinâmica do processo saúde/doença e a gestão desta condiciona positivamente a transição saúde-doença.

Descritores: Insuficiência Renal Crónica; Hemodiálise; Cuidados de Enfermagem; Imagem Corporal; Ansiedade.

Abstract

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD: REPORTE DE CASO

Objetivo: desarrollar un plan de cuidados de enfermería para personas con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis con diagnóstico de ansiedad. Métodos: estudio de caso descriptivo, de una paciente de 43 años, en programa de hemodiálisis iniciado hace 8 meses. Se utilizó el Modelo de Actividades de Vida de Roper, Logan & Tierney para la recolección de datos y la taxonomía NANDA-I, NIC y NOC para la elaboración del plan de cuidados. Resultados: se formularon 10 diagnósticos de enfermería, siendo considerada la intervención prioritaria para el diagnóstico de Ansiedad (00146). Conclusión: La ansiedad interfiere con toda la dinámica del proceso salud / enfermedad y su manejo incide positivamente en la transición salud-enfermedad.

Descritores: Insuficiencia Renal Crónica; Hemodiálisis; Cuidado de enfermera; Imagen corporal; Ansiedad.

Resumen

NURSING INTERVENTIONS IN HEMODIALYSIS PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF ANXIETY: CASE REPORT

Objective: to develop a nursing care plan for people with Chronic Kidney Disease undergoing hemodialysis with a diagnosis of anxiety. Methods: Descriptive case study, referring to a 43-year-old female patient, on a hemodialysis program started 8 months ago. The Roper, Logan & Tierney Life Activities Model was used for data collection and NANDA-I, NIC and NOC taxonomy for the elaboration of the care plan. Results: 10 nursing diagnoses were formulated and the priority intervention for the diagnosis of Anxiety (00146) was considered. Conclusion: Anxiety interferes with the whole dynamics of the health / disease process and its management positively affects the health-disease transition.

Descriptors: Renal Insufficiency, Chronic; Hemodialysis; Nursing care; Body image; Anxiety.

Submetido em fevereiro 2021. Aceite para publicação em março 2021

⁽¹⁾ Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal. l37944@alunos.uevora.pt; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2100-9197>

⁽²⁾ Nephrocare Portugal SA: Lisboa; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0406-7160>

⁽³⁾ Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal. luismmsousa@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9708-5690

⁽⁴⁾ Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal. isabelbico@uevora.pt; ORCID: 0000-0002-3868-2233

⁽⁵⁾ Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal. mafrade@uevora.pt; ORCID: 0000-0003-0858-0719

⁽⁶⁾ Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal. mfm@uevora.pt; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1006-393X>

INTRODUÇÃO

A função renal é avaliada pela taxa de filtração glomerular e a sua diminuição é observada na Doença Renal Crônica (DRC), mas também pela avaliação da lesão do parênquima renal, associadas a perda de funções reguladoras, excretoras e endócrinas do rim. Quando a taxa de filtração glomerular atinge valores inferiores a 15 mL/min/1,73m, estabelece-se o que denominamos doença renal terminal, ou seja, o estadió mais avançado no continuum de perda funcional progressiva observado na DRC (Romão, 2018).

Quando se atinge esta fase, o rim deixou de estar capacitado para suprir as necessidades vitais do doente, estando, a mesma, associada à presença de sintomatologia urémica grave. Neste ponto, o doente renal depara-se com a necessidade de recorrer a terapêutica, optando entre duas alternativas no tratamento: Terapêutica de substituição da função renal (TSFR) ou Tratamento médico conservador. A TSFR inclui o transplante renal e Terapêutica dialítica através da Hemodiálise (HD) ou Dialise Peritoneal (Santos, 2020). Sendo a HD um processo mecânico e extracorpóreo que promove a filtração sanguínea, o qual é responsável por retirar os produtos de degradação do metabolismo e os líquidos em excesso, este procedimento é realizado geralmente em três sessões por semana com duração de quatro horas cada (Marinho, Oliveira, Borges, Fernandes & da Silva, 2018).

A DRC e o tratamento com TSFR são fontes de stress permanente, o que pode levar a pessoa ao isolamento social, à perda da capacidade laboral, alterações da locomoção e realização de atividades de lazer, à diminuição da atividade física, à perda da autonomia, a alterações da imagem corporal e, também, a um sentimento ambíguo entre o medo de viver e o de morrer. Tendo em consideração o exposto, podem surgir ainda como principais dificuldades de adesão à HD: o transporte, o tempo das sessões, a dor da punção da fístula, os fatores financeiros, a

dependência de acompanhantes e o déficit de conhecimento (Sousa, 2017). O novo estilo de vida a ser adotado pela pessoa submetida à hemodiálise pode originar sentimentos como medo, ansiedade, insegurança, culpa e raiva. Como consequência, há a probabilidade de uma diminuição da autoestima e de um comportamento de resistência em seguir o tratamento adequadamente, prejudicando, assim, o quadro clínico. Em relação à alteração da aparência física, um dos aspetos salientados pelos entrevistados foi a imagem corporal alterada devido à existência da fístula arteriovenosa (FAV) ou do cateter de duplo-lúmen. Facto esse que leva a modificações na aparência, podendo alterar o estado psicológico da pessoa. Apesar da evolução da HD e dos acessos vasculares para proporcionar tratamento adequado, nota-se a repercussão que desempenham na vida da pessoa. Em relação ao cateter de duplo-lúmen (...) há a vergonha ao andar na rua e frequentemente reclamam dos olhares curiosos (Santos, Oliveira, Soares & Schwartz, 2017).

As pessoas ao serem confrontadas com a sua situação de doença, tendem a fazer uma avaliação cognitiva e posteriormente, desenvolvem um conjunto de tarefas adaptativas e gerais que lhes permitem aceitar a sua condição de doente crónico e de redefinir o futuro, indo ao encontro de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000), em que o conceito de transição diz-nos que estamos na presença do início de uma transição de saúde/doença.

A Enfermagem, enquanto ciência, desempenha um papel importante na melhoria da capacidade de adaptação e na transformação de todas as condições e circunstâncias da conduta das pessoas, tomando como atenção os recursos pessoais. Os enfermeiros preparam (...) os clientes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença (Meleis et al., 2000).

Em pessoas com doença renal crónica em HD, além da alteração da imagem corporal, com frequência, se observa uma baixa autoestima. Ainda, a falta de consistência a respeito da imagem corporal ou da própria autoestima pode ser consequência do facto de que a pessoa com DRC pode sentir-se ameaçada e insegura ou perceber que sua vida se modifica em decorrência do tratamento, resultando na desorganização no senso de identidade (valores, ideais e crenças) e na maneira com que interpreta a imagem corporal (Grasselli et al., 2016).

Existem estudos que referem prevalências de ansiedade entre 50-70% das pessoas submetidas a HD (Matias, 2015). Num estudo português, o stresse e a ansiedade estavam presentes em 24% das pessoas que tinham programa de HD semanal. Tanto o stresse como a ansiedade estavam associados a altos níveis de dor, com impacto nas atividades da vida diária, e a baixos níveis de qualidade de vida nos componentes físico e mental (Sousa et al., 2020a). Alguns investigadores relatam que a ansiedade em pessoas com DRC é frequente, pois a doença é percebida como ameaça à vida, à integridade corporal e como interrupção do meio de sobrevivência, prejudicando a identidade do paciente, sua autoridade e muitas vezes trazendo incertezas em relação ao seu futuro (Ramirez et al., 2012).

Uma definição psicopatológica mais genérica diz que ansiedade é um estado afetivo penoso, caracterizado pela expectativa de algum perigo que se revela indeterminado e impreciso, e diante do qual o indivíduo se julga indefeso mas também por um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (Alencar et al., 2015).

Assim sendo, o objetivo deste estudo é elaborar um plano de cuidados de Enfermagem dirigido a pessoa com Doença Renal Crónica em hemodiálise com diagnóstico de ansiedade.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo do tipo estudo de caso (Andrade, et al., 2017) que se refere a uma abordagem metodológica de investigação que permite explicar as respostas humanas das intervenções de enfermagem no diagnóstico de ansiedade numa pessoa com DRC. Este estudo seguiu as orientações da CAse REport (CARE) (Riley, et al., 2017) e o fluxograma para o relato do caso clínico (Equator Network, 2019).

A informação foi recolhida por meio de entrevista à doente, observação e exame físico e ainda a consulta de dados clínicos nos programas informáticos EuClid e Therapy. Todas as análises e procedimentos foram realizados com base nas diretrizes da ética para a investigação em enfermagem, de modo a preservar os princípios da beneficência e da não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade, garantir a confidencialidade, preservar a autonomia e autodeterminação através da obtenção do consentimento informado e o anonimato do indivíduo em estudo (Nunes, 2013).

O relato do caso encontra-se esquematizado no fluxograma 1 e segue o modelo elaborado por Equator Network (2019). Este estudo de caso refere-se a uma senhora de 43 anos, artista plástica, caucasiana, que vive com o companheiro, com patologias presentes de Miopia desde os dois anos, Diabetes Mellitus Tipo I diagnosticada em 2000, Neuropatia desde 2016, Retinopatia e Nefropatia desde fevereiro de 2020, que iniciou hemodiálise há cerca de oito meses. O acesso para hemodiálise é um cateter de longa duração posicionado na veia jugular interna direita baixa.

A avaliação da senhora foi baseada no Modelo das Atividade de Vida Diárias (Roper, Logan, & Tierney, 1995) e está apresentada na tabela 1. Depois de uma recolha de dados clínicos sobre a senhora e seu contexto, elaborou-se um plano de cuidados autónomo de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas. Os diagnósticos autónomos de enfermagem foram enunciados

de acordo com a taxionomia North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I) (Herdman & Kamitsuru, 2018); as intervenções de enfermagem foram suportadas pela Nursing Intervention Classification (NIC) (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2018); e os resultados foram suportados e avaliados segundo indicadores Nursing Outcome Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2018).

RESULTADOS

Na tabela 1 encontra-se a avaliação da pessoa estudada tendo em consideração as atividades de vida diária. Segue-se o fluxograma CARE (Figura 1) onde é feita a caracterização da pessoa, os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados em enfermagem.

As tabelas 2 e 3 correspondem ao plano de cuidados para o diagnóstico de enfermagem ansiedade (00146). Após a intervenção de enfermagem: (5820) Redução da ansiedade; (5395) melhoria da autocompetência e (4920) escutar ativamente, verificou-se uma evolução positiva nos indicadores de enfermagem (140201) Monitorização da intensidade da ansiedade; (140206) Uso de estratégias eficientes de enfrentamento; (140214) Manutenção do sono adequado e (121117) Ansiedade verbalizada (tabelas 2 e 3).

AVD	Observação/ Avaliação	Focos de Enfermagem
Higiene Pessoal e Vestuário	Realiza higiene pessoal e cuidados diariamente de forma independente no wc; lava, seca e veste-se na totalidade. Usa roupas adequadas e de acordo com o seu gosto.	
Alimentação	Ingere de forma independente cinco/seis refeições diárias, sendo elas pequeno-almoço, lanche a meio da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar e ceia (por vezes não faz o lanche a meio da manhã ou a ceia). Refere não ultrapassar mais de 2/3h sem ingerir alimentos devido à tentativa de controlo da glicémia. Cozinha a própria e o companheiro. IMC = 18,36 Kg/m ² – Peso baixo	Glicémia
Manutenção de ambiente seguro	A senhora vive com o companheiro em apartamento 1º andar com todas as condições de conforto com acesso através de escadas. Tem alteração da visão (miopia), corrigida com óculos, não afetando o seu dia-a-dia. No domicílio a senhora refere que gere de forma independente o seu regime terapêutico. Possui cateter de hemodiálise de longa duração posicionado na veia jugular interna direita baixa com primeira utilização a 26/02/2020.	Risco de infeção
Controlo da temperatura corporal	Encontra-se normalmente apirética (36,3°C e 36,8°C), sente as alterações de temperatura e adapta-se às mesmas.	
Eliminação	Micções estão a reduzir cada vez mais, atualmente 150 ml/dia, Dejeções “normais” de 2 em 2 dias. Taxa filtração glomerular = 13 ml/min/1,73 m ²	Eliminação Vesical
Respiração e Circulação	Apresentava-se eupneica, respiração predominantemente torácica, simétrica. Segundo dados avaliados nos períodos de contacto, os valores de tensão arterial variam entre 120-141 mmHg PAS e 77-85 mmHg PAD. FR = 16 a 19 crpm.	Tensão arterial
Mobilidade	Move-se de forma independente, mas apresenta por vezes dores musculares nos dias de tratamento. Por vezes apresenta dor generalizada devido à neuropatia.	Dor

Comunicação	<p>Independente; verbaliza o que sente com o companheiro, outros familiares e amigos.</p> <p>Apresentou-se sempre bastante comunicativa com discurso coerente e ideias encadeadas.</p> <p>Refere que tem receio de fazer algumas atividades devido à presença do cateter de hemodiálise de longa duração e também pela alteração originada na sua imagem corporal, estando ansiosa para construir acesso venoso.</p> <p>Refere sentir bastante receio da covid-19 nas deslocções aos tratamentos.</p>	<p>Medo</p> <p>Ansiedade</p>
Trabalho e lazer	<p>Ler,</p> <p>Línguas estrangeiras.</p> <p>Cinema.</p> <p>Passeios a pé sozinha ou com o companheiro quando se sente melhor.</p>	
Sono	<p>Dorme cerca de 7 a 8h por dia sem recurso a medicação.</p> <p>Por vezes ocorrem hipoglicémias.</p>	Glicémia
Sexualidade	<p>Apresenta aparência cuidada e refere que gosta de cuidar da imagem.</p> <p>Tenta esconder o cateter de hemodiálise de longa duração com o cabelo ou roupas para que “ninguém repare nele”, pois altera a sua imagem corporal.</p>	Imagem corporal
Morte	<p>Perda mais marcante foi a de uma tia-avó na adolescência, mas que foi bem ultrapassada.</p> <p>Não tem receio relativamente à morte referindo “quando for acabou!”</p>	

Figura 1: Fluxograma CARE

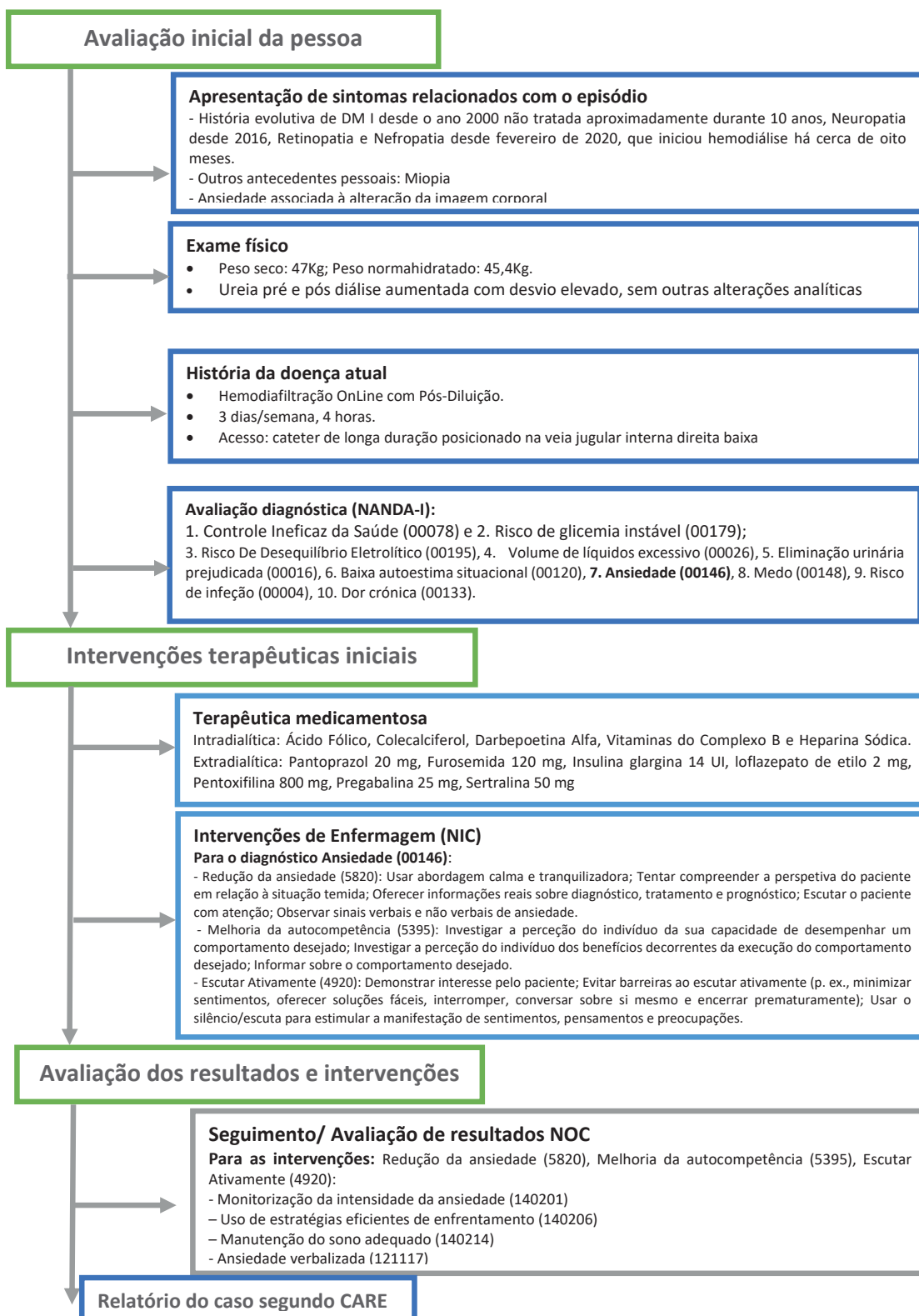


Tabela 2: Plano de cuidados de enfermagem

1. Ansiedade (00146) que se define por Sentimento vago e incómodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonómica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (Herdman & Kamitsuru, 2018).			
RESULTADOS (NOC)	Indicadores(Moorhead <i>et al.</i> , 2018)	Pontuação inicial	
1402 – Controlo de Ansiedade	(140201) Monitorização da intensidade da ansiedade: Algumas vezes demonstrado	3	Escala varia de 1- Nunca demonstrado a 5 – Consistentemente demonstrado
	(140206) Uso de estratégias eficientes de enfrentamento: Algumas vezes demonstrado	3	
	(140214) Manutenção do sono adequado: Algumas vezes demonstrado	3	
1211 – Nível de Ansiedade	(121117) Ansiedade verbalizada: Substancial	2	Escala varia de 1- Grave a 5 – Nenhum
INTERVENÇÕES (NIC)(Butcher <i>et al.</i> , 2018)	<p>5820 – Redução da ansiedade:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Usar abordagem calma e tranquilizadora. – Tentar compreender a perspetiva do paciente em relação à situação temida. – Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. – Escutar o paciente com atenção. – Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade. <p>5395 – Melhoria da autocompetência:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Investigar a perceção do indivíduo da sua capacidade de desempenhar um comportamento desejado. – Investigar a perceção do indivíduo dos benefícios decorrentes da execução do comportamento desejado. – Informar sobre o comportamento desejado. <p>4920 – Escutar Ativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Demonstrar interesse pelo paciente. – Evitar barreiras ao escutar ativamente (p. ex., minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, conversar sobre si mesmo e encerrar prematuramente). – Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos, pensamentos e preocupações. 		

Tabela 3: Avaliação fina

RESULTADOS (NOC)	Indicadores(Moorhead <i>et al.</i> , 2018)	Pontuações finais	
1402 – Controlo de Ansiedade	(140201) Monitorização da intensidade da ansiedade: Frequentemente demonstrado	4	Escala varia de 1- Nunca demonstrado a 5 – Consistentemente demonstrado
	(140206) Uso de estratégias eficientes de enfrentamento: Algumas vezes demonstrado	3	
	(140214) Manutenção do sono adequado: Frequentemente demonstrado	4	
1211 – Nível de Ansiedade	(121117) Ansiedade verbalizada: Leve	4	Escala varia de 1- Grave a 5 – Nenhum

DISCUSSÃO

Sabe-se que a doença renal crônica e a hemodiálise causam grandes alterações na vida dos doentes e dos seus familiares e os fatores sociodemográficos exercem representativa interferência na qualidade de vida. Por isso, identificar associações entre esses aspectos fornece um auxílio na assistência dessa população subsidiando novas estratégias que contribuam com a melhoria dos níveis de qualidade de vida (Marinho et al., 2017).

Além da sintomatologia apresentada, os pacientes precisam conviver com as alterações físicas. Como mencionado neste estudo, a FAV e o cateter de duplo-lúmen são os que mais geraram repercussões negativas em suas vidas (Santos et al., 2017) e que pode levar ao aumento da ansiedade.

A ansiedade é a reação inicial e normal da grande maioria das pessoas face ao prognóstico/qualidade de vida em diálise. A ansiedade é muito frequente nas pessoas com DRC e está presente em 40-70% das pessoas doentes em tratamento médico conservador e em 50-70% das pessoas doentes em diálise. A ansiedade está associada a uma redução da capacidade funcional e da qualidade de vida (Matias, 2015). A componente mental da QV está associada positivamente com a felicidade subjetiva, satisfação com a vida em geral, afeto positivo, mas está negativamente relacionada com afeto negativo e interferência da dor nas atividades de vida (Sousa et al., 2017). Além disso, a felicidade subjetiva está associada negativamente com o stresse e ansiedade (Sousa et al., 20219a). Num estudo em que foi feita uma análise de clusters foram obtidos dois grupos com perfis distintos. As pessoas com maior nível de qualidade de vida, bem-estar subjetivo (Felicidade Subjetiva e satisfação com a vida em geral), afeto positivo e sentido de humor, apresentavam valores inferiores de afeto negativo, estresse/ansiedade e depressão. O grupo que apresentava níveis mais baixo de qualidade de vida, bem-estar, afeto positivo e sentido de humor menor, apresentavam níveis mais elevados de afeto negativo, estresse/

ansiedade e depressão estavam associados a pessoas mais idosas, com diabetes e estavam aposentadas (Sousa et al., 2020b).

A gestão da doença DRC é complexa e está muitas vezes fragmentada entre diversos especialistas, clínicos de cuidados primários de saúde e equipas de educação do doente. Assim, a existência de uma equipa multidisciplinar mais coesa e que comunique de forma mais ativa entre si poderá gerir melhor as múltiplas comorbilidades e o possível aparecimento de complicações, assim como melhorar a preparação do doente para a transição para TSFR (Romão, 2018). Assim, torna-se importante o trabalho formado por uma equipa composta de médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e profissionais envolvidos na manutenção dos equipamentos, de modo a garantir a saúde e o bem-estar destas pessoas. Além disso, a equipa deve identificar como é que essa problemática afeta a vida de uma pessoa e conhecer os significados atribuídos à doença e à hemodiálise (Santos et al., 2017) uma vez que pode ajudar a lidar com a ansiedade e com o modo como a pessoa faz a transição saúde doença.

A literatura sugere que, as pessoas que trabalham em unidades de Nefrologia têm em comum um sentimento de pertença a uma espécie de família alargada, com todas as vantagens e desvantagens que isto acarreta. Isto acontece porque a prestação de cuidados à pessoa com DRC é uma área de enfermagem que implica um envolvimento intensivo com as pessoas doentes durante períodos muito prolongados (Matias, 2015).

A excelência na prestação de cuidados dos enfermeiros que trabalham em hemodiálise resultará num maior coping ao tratamento por parte da pessoa doente, aumentando consequentemente a sua autonomia e a sua qualidade de vida (Matias, 2015).

Outra questão apresentada neste estudo foi a orientação recebida sobre o cuidado dirigido à saúde e ao autocuidado a ser efetivado. Dessa forma, a compreensão das vivências das

pessoas em HD poderá remeter à importância de buscar cuidados singulares, pois a pessoa com DRC pode apresentar dificuldades de enfrentamento perante as restrições necessárias. Assim, espera-se que este estudo possa contribuir para a construção de novas pesquisas, promovendo reflexões e discussões sobre as vivências da pessoa com DRC e a relação que estabelece com a HD, no intuito de promover adequada intervenção para a melhoria da qualidade de vida, aliviando o sofrimento vivenciado (Santos et al., 2017).

Além da escuta ativa e do apoio que o enfermeiro pode prestar à pessoa com DRC de maneira a aliviar a ansiedade existem intervenções de baixa intensidade como a intervenção humor (Butcher et al., 2018) que pode ajudar a aliviar as tensões a ansiedade (Sousa & José, 2016) e contribuir para melhorar a experiência em contexto de cuidados de saúde (Sousa et al., 2018, Sousa et al., 2019a; Sousa et al., 2019b). A visualização de filmes de humor, sendo uma atividade da intervenção humor (Butcher et al., 2018) pode ajudar a melhorar a qualidade de vida, bem-estar, sentido de humor e os sintomas psicológicos (stress, ansiedade e depressão) (Sousa et al., 2019c; Sousa et al., 2019d).

Implicações para prática de enfermagem e políticas de saúde

Conhecer o lado de quem sofre e teve o seu cotidiano transformado, tornando-se vulnerável, pode ser o caminho à construção de um cuidado individualizado, dirigido aos problemas específicos da pessoa com DRC, reduzindo a sensação do “ser mais um no contexto dialítico” (Santos et al., 2017).

Este estudo pode dar contributos importantes para a prestação de cuidados em contexto de HD por meio do planeamento e da implementação de intervenções mais abrangentes, direcionadas a focos de atenção do âmbito psicológico e mental, de modo a abranger todas as dimensões do ser humano numa abordagem mais holística.

Limitações

As limitações deste estudo de caso estão relacionadas com o tipo de estudo. As conclusões referem-se aos ganhos para esta pessoa em particular, não permitindo fazer inferências para outras situações similares. Recomendam-se estudos neste âmbito com amostras mais robustas e com desenho que permitam aumentar o nível de evidência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a recolha de dados e análise inicial da doente, foram identificados os focos de enfermagem e posteriormente elaborados os diagnósticos de enfermagem. De entre os vários diagnósticos, destacou-se o diagnóstico “Ansiedade (00146)” como o que mais estava a afetar a doente em questão, sendo prioritário.

O modelo teórico utilizado simplificou a recolha de dados e a elaboração de diagnósticos autónomos de enfermagem, o que permitiu uma maior compreensão do caso em estudo. Também a utilização das ligações NANDA-I, NIC e NOC, auxiliou a elaboração do plano de cuidados, dando indicações precisas dos indicadores a avaliar após a implementação das intervenções selecionadas.

Depois da aplicação das intervenções, foram avaliados novamente os indicadores com resultados considerados positivos. Neste sentido, os objetivos foram atingidos e revelam a importância do aspeto psicológico durante os tratamentos de hemodiálise.

A ansiedade presente na doente interfere com toda a dinâmica do processo saúde/doença e, uma vez intervencionada, permite facilitar este processo de transição e a lidar melhor com toda a situação de saúde.

REFERÊNCIAS

- Alencar, E. O., dos Santos Silva, G. A., Salgado Filho, N., Santos, E. J. F., Ferreira, T. C. A., & Corrêa, R. D. G. C. F. (2015). Estresse e ansiedade em transplante renal. *Revista Saúde & Ciência Online*, 4(2), 61-82.
- Andrade, S. R. D., Ruoff, A. B., Piccoli,

- T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), e5360016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions classification (NIC)*. 7 th Edition Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Equator Network (2019). Flow Diagram — Case Reports following the CARE guidelines. Disponível: <https://www.equatornetwork.org/wp-content/uploads/2013/09/CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>
- Grasselli, C. S. M., Chaves, É. C. L., Lemos, L. C., Nogueira, D. A., Fonseca, C. C., & Carvalho, T. P. (2016). Autoestima, imagem corporal e estado nutricional antropométrico de mulheres com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Nutr Clin Diet Hosp*, 36(4), 41-7.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificações 2018-2020* (11ª ed.). Porto Alegre: ARTMED.
- Marinho, C. L. A., de Oliveira, J. F., Borges, J. E. S., Fernandes, F. E. C. V., & da Silva, R. S. (2018). Associação entre características sociodemográficas e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista Cuidarte*, 9(1), 2017-2029.
- Matias, C.P.G. (2015). *A Qualidade de Vida da Pessoa com Doença Renal Crônica em Programa Regular de Hemodiálise*. Universidade do Minho Escola Superior de Enfermagem.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of health outcomes*. 6 th Edition Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Nunes, L (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>. Acesso em: 10 Mai. 2020
- Ramirez, S. P., Macêdo, D. S., Sales, P. M. G., Figueiredo, S. M., Daher, E. F., Araújo, S. M., ... & Carvalho, A. F. (2012). The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of psychosomatic research*, 72(2), 129-135.
- Riley, D. S., Barber, M., Kienle, G., Aronson, J., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., . & Gagnier, J.J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218-235. Disponíveis em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Romão, S.O.F.M. (2018). *A importância de uma abordagem multidisciplinar num doente idoso com doença renal crônica*. Mestrado Integrado Em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (1995). *Modelo de Enfermagem*. (3ªed.), Portugal: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Santos, Â. F. (2020). *Abordagem dietética no tratamento médico conservador em doentes com insuficiência renal crônica*. Universidade do Porto.
- Santos, B. P., Oliveira, V. A., Soares, M. C., & Schwartz, E. (2017). Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS Health Sci*, 42, 8-14.
- Sousa, L. M., & José, H. M. (2016). *Benefícios do humor na saúde Revisão Sistemática da Literatura*. *Enformação*, 7, 22-32.
- Sousa, L. M.M., Antunes, A. V., Marques-Vieira, C., Valentim, O. S., & José, H. M.

(2017). Qualidade de vida e pessoa com doença renal crônica: um estudo transversal. In R. Missias-Moreira; Z.N. Sales; L.C.G. Nascimento; O.S. Valentim (Eds). Qualidade de vida e condições de saúde de diversas populações Volume 2. (pp. 139-54). Curitiba: Editora CRV.

Sousa, L.M.M. (2017). Ganhos em saúde com a intervenção “humor” em pessoas com doença renal crônica. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Avançada. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa.

Sousa, L. M. M., Teixeira, P. M. R., Marques-Vieira, C. M., Severino, S. S. P., Faisca, H., & José, H. M. G. (2018). Emploi de l'humour dans la relation infirmier/personne malade : une revue de la littérature et synthèse. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4(1), 30-38. Disponível em: : <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.07.011>

Sousa, L.M.M., Antunes, A.V., Marques-Vieira, C.M.A., Silva, C.L., Valentim, O.M.S. & José, H.M. (2019a). Subjective wellbeing, sense of humor and psychological health in hemodialysis patients. *Enfermeria Nefrológica*, 22(1), 34-41. Available from: DOI: 10.4321/S2254-28842019000100006

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Antunes, A. V., Frade, F., Severino, S. S. P., & Valentim, O. S. (2019d). Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0609>

Sousa, L.M.M., Silva, C.L., Marques-Vieira, C.M.A., Antunes, A.V., Firmino, C.F., & José, H.M. (2019c). Visualização de filmes humorísticos: repercussão na qualidade de vida na pessoa com doença renal crônica. In Missias-Moreira, R., Sousa, L.M.M, Valentim, O.S., José, H.M.G. (Orgs). Qualidade de Vida em uma perspectiva interdisciplinar – Volume 6. Curitiba: Editora CRV

Sousa, L.M.M., Antunes, A.V., Marques-Vieira, C.M.A., Silva, C.L., Severino, S.S.P.,

& José, H.M. (2019d). Effect of humor intervention on well-being, depression, and sense of humor in hemodialysis patients. *Enfermeria Nefrológica*, 22(3), 256-265. Available from: https://www.revistaseden.org/files/Articulos_4061_41riginal92541.pdf

Sousa, L. M. M., Valentim, O. S., Marques-Vieira, C., Antunes, A. V., Severino, S., & José, H. (2020a). Association between stress/anxiety, depression, pain and quality of life in people with chronic kidney disease. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 47-53. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0272>

Sousa, L. M.M., Marques-Vieira, C., Sim-Sim, M.M.S, Marques, M.C., Valentim, O. S., & José, H. M. (2020b). Fatores associados à qualidade de vida e bem-estar em pacientes submetidos a hemodiálise: análise de clusters. Missias-Moreira, R., Valentim, O.S. (Orgs). Qualidade de vida e saúde em uma perspectiva interdisciplinar – volume 9. . (pp. 259-271) Curitiba: Editora CRV.

PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO NA PATERNIDADE ATÉ À 1ª INFÂNCIA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Telma Sofia dos Santos Vidinha⁽¹⁾, Luísa Teixeira Rocha Filipe⁽²⁾, Cristina Maria Figueira Veríssimo⁽³⁾, Maria Isabel Domingues Fernandes⁽⁴⁾, Armando Manuel Marques Silva⁽⁵⁾, Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira⁽⁶⁾, Maria da Conceição Gonçalves Marques Alegre de Sá⁽⁷⁾, Maria Neto da Cruz Leitão⁽⁸⁾



Resumo

Contexto: A maioria dos pais gostaria de se envolver mais nos cuidados ao filho/a nos primeiros meses de vida. Apesar dos benefícios de uma paternidade envolvida e cuidadora para todos/as (homens, mulheres e crianças) estarem cientificamente comprovados, os programas neste âmbito são ainda pouco conhecidos.
Objetivos: Mapear e examinar os programas de intervenção desenvolvidos e avaliados no âmbito da paternidade, desde o período pré-natal até à primeira infância.
Método de revisão: Metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para uma scoping review. Foi definido um protocolo adequado a cada base/repositório, para identificar os estudos que respondam aos critérios delineados. A análise dos artigos, extração e síntese dos dados será desenvolvida por dois revisores independentes.
Resultados: O mapeamento da evidência científica disponível sobre programas de intervenção na paternidade até à primeira infância, com enfoque na caracterização das intervenções, no contexto em que são realizadas e nos profissionais responsáveis pela sua implementação e mediação. A revisão permitirá uma visão ampla e geral sobre o que já foi estudado, identificar e analisar as lacunas nesta área e, eventualmente, identificar objetos de estudo futuros.
Conclusões: Espera-se contribuir para a análise crítica das práticas neste âmbito, concretamente na área da saúde.
Palavras-chave: Revisão; paternidade; programas de intervenção; pesquisa sobre serviços de saúde.

Abstract

PATERNITY INTERVENTION PROGRAMS UP TO CHILDHOOD: A SCOPING REVIEW PROTOCOL

Background: Most parents would like to be more involved on child care in the first months of life. Despite the benefits of an involved parenting and caregiver for all (men, women and children) to be scientifically proven, programs in this field are still poorly known.
Objectives: To map and examine the developed and evaluated intervention programs in paternity context from the prenatal period to early childhood.
Review method: Methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. A scoping review protocol was defined, appropriate for each database/repository, in order to identify studies that meet the criteria outlined. Articles analysis, data extraction and synthesis will be developed by two independent reviewers.
Results: The mapping of the available scientific evidence on intervention programs in fatherhood up to early childhood, focusing on interventions characteristics, in the context in which they are carried out and which professionals are responsible for their implementation and mediation. The review will provide a broad and general view of what has already been studied, identify and analyze the gaps in this field and, eventually, justify the need for more specific studies.
Conclusions: it is expected to contribute to the critical analysis of practices in this field, specifically in health area.
Keywords: Review; paternity; intervention programmes; health services research

Resumen

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN PATERNIDAD HASTA LA 1ª INFANCIA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Introducción: A la mayoría de los padres les gustaría involucrarse más en los cuidados de su hijo/a en los primeros meses de vida. A pesar de los beneficios para todos (hombres, mujeres e hijos/as) de la paternidad involucrada y de cuidado están científicamente comprobados, los programas en este ámbito son todavía poco conocidos.
Objetivos: Mapear y examinar los programas de intervención desarrollados y evaluados en el ámbito de la paternidad, desde el período prenatal hasta la primera infancia.
Método de revisión: Metodología propuesta por el Joanna Briggs Institute para una scoping review. Fue definido un protocolo adecuado a cada base/repositorio para identificar los estudios que responderían a los criterios descritos. El análisis de los artículos, extracción y síntesis de los datos serán ejecutados por dos revisores independientes.
Resultados: El mapeo de la evidencia científica disponible centrado en la caracterización de las intervenciones, en el contexto en el que son realizadas y en los profesionales responsables de su implementación y mediación. La revisión proporcionará una visión amplia y general de lo que ya se ha estudiado y identificar futuros objetos de estudio.
Conclusiones: Se espera contribuir al análisis crítico de las prácticas en el área de la salud.
Palabras clave: Revisión; paternidad; programas de intervención; investigación de servicios de salud.

Submetido em abril 2021. Aceite para publicação em maio 2021

⁽¹⁾ Investigadora na UICISA: E e no Núcleo de Investigação em Enfermagem do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC, EPE); Enfermeira no CHUC, EPE; Assistente Convivida na ESEnFC; Doutoranda em Ciências da Saúde no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal. Ciência ID: 351B-C4C6-E9B3; ORCID id: 0000-0003-2041-8212

⁽²⁾ Licenciada em Biologia (UA) e doutoranda em Engenharia Química (FCTUC – UC); Bolsista de Investigação na UICISA: E, ESEnFC. Ciência ID: 4C1B-7D3E-0963; ORCID id: 0000-0002-6405-9234

⁽³⁾ Professora Adjunta na ESEnFC, Portugal; Investigadora na UICISA: E; Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Ciência ID: 8513-E369-82A4

⁽⁴⁾ Professora Coordenadora na ESEnFC, Portugal; Investigadora na UICISA: E; Doutoranda em Didática pela Universidade de Aveiro, Portugal. Ciência ID: 6A1B-0328-9AB2, ORCID id: 0000-0002-4856-4441

⁽⁵⁾ Professor Adjunto na ESEnFC, Portugal; Investigador na UICISA: E; Doutor em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Ciência ID: 8E11-8248-6D2B; ORCID id: 0000-0001-5562-584X

⁽⁶⁾ DProfessora Coordenadora na ESEnFC, Portugal; Investigadora na UICISA: E; Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Ciência ID: 0411-FFA5-2C82; ORCID id: 0000-0002-6371-003X

⁽⁷⁾ Professora Adjunta na ESEnFC, Portugal; Investigadora na UICISA: E; Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Portugal

⁽⁸⁾ Professora Coordenadora na ESEnFC, Portugal; Investigadora principal na UICISA: E e coordenadora do projeto estruturante «Género, saúde e cidadania»; Pós-doutoramento em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil) e Doutoramento em Ciências de Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa.

Ciência ID: A519-FD20-B366, ORCID id: 0000-0003-0876-776X

INTRODUÇÃO

Uma paternidade envolvida e cuidadora é definida como aquela que se exerce de um modo afetivo, efetivo e participativo na vida quotidiana dos/as filhos/as, na qual o homem protege e zela pela satisfação das necessidades da criança, de acordo com as etapas do seu crescimento e desenvolvimento, e se envolve diretamente nas tarefas do cuidar (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020). Estudos comprovam os seus benefícios, não somente para a criança e para o homem, como também para a mulher, nomeadamente: as crianças apresentam comportamentos mais saudáveis, melhor desempenho cognitivo e menos stresse quando adultos (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid, & Bremberg, 2008); os homens sentem-se mais satisfeitos e vigiam mais a saúde (Barker & Aguayo, 2012); e as mulheres sentem-se apoiadas emocionalmente e menos stressadas (Fisher, Cabral, Patel, & Rahman, 2006).

Contudo, de acordo com o Relatório da Situação da Paternidade no Mundo, 85% dos pais gostaria de se envolver mais nos cuidados ao seu/sua filho/a nos primeiros meses de vida sendo as normas de género que responsabilizam as mulheres pelos cuidados, assim como a perceção de que estas são mais competentes, alguns dos obstáculos identificados (van der Gaag, Heilman, Gupta, Nembhard, & Barker, 2019). O homem não tem recebido a atenção necessária nesta matéria (Belghiti-Mahut et al., 2012), concretamente na saúde. Os profissionais quando promovem o papel parental tendem a focar a sua intervenção nas mulheres, reforçando as normas sociais e culturais, podendo por isso inibir o exercício de uma paternidade envolvida e cuidadora.

Porém, no sector da saúde, a promoção de modelos de boa prática no âmbito da paternidade tem ganho relevo nos últimos anos. As bases de uma parentalidade equilibrada, em que emergem formas de paternidade mais envolvidas e cuidadoras, justificam a sua atenção crescente. Assim, assume-se o facto de que assunção destes novos modelos constitui

atualmente um dos pilares da própria saúde e bem-estar dos homens e, por consequência, das mulheres, das crianças e das famílias em geral (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018).

A partir de uma pesquisa preliminar na JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, Cochrane Database of Systematic Reviews, na CINAHL (via EBSCO), na MEDLINE (via PubMed) e na Open Science Framework (OSF), verificou-se que não foram publicadas, nem estão a ser realizadas, qualquer tipo de revisões da literatura nesta área temática. Assim, decidiu-se realizar uma scoping review orientada pela metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para Scoping Reviews (Peters et al., 2020), com o objetivo de mapear a evidência e examinar os programas de intervenção desenvolvidos e avaliados, no âmbito da paternidade até à primeira infância.

MÉTODO DE REVISÃO SISTEMÁTICA

O objetivo principal desta revisão orienta para a realização de uma scoping review. Esta pretende identificar quais os tipos de evidência disponíveis sobre determinada área de conhecimento, permitindo uma visão geral e ampla do que já foi estudado, identificar e analisar lacunas na investigação e justificar a necessidade de outros trabalhos mais específicos na área, nomeadamente revisões sistemáticas (Peters et al., 2020).

Uma pesquisa inicial nas bases de dados JBI, Cochrane Evidence, Google Scholar e na OSFHOME revelou que atualmente não existe uma revisão sobre esta temática, publicada ou em desenvolvimento.

Questão de revisão/ Objetivo

O objetivo desta scoping review é examinar e mapear os programas de intervenção desenvolvidos e avaliadas no âmbito da paternidade nos períodos pré-natal e primeira infância.

Mais especificamente, esta revisão irá centrar-se em responder às seguintes questões:

1) Que intervenções foram implementadas no âmbito da paternidade nos período pré-natal e primeira infância?

2) Quais as características dessas intervenções?

3) Em que contextos (maternidade, hospitais pediátricos, cuidados de saúde primários e comunidade) foram implementadas essas intervenções?

4) Quem implementa essas intervenções?

5) Em que fase são implementadas?

Critérios de inclusão

A revisão segue a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020), pelo que foram definidos critérios para os participantes, conceito e para o contexto da revisão (mnemónica PCC), que são:

I) Tipo de participantes: Serão incluídos todos os estudos com homens pais com idade igual ou superior a 18 anos.

II) Conceito/ Fenómeno de interesse: Estudos que reportem intervenções no âmbito da paternidade nos períodos pré-natal e primeira infância. Irão excluir-se estudos no âmbito da parentalidade ou que incluam na amostra as mães.

III) Contexto: Serão incluídos os estudos desenvolvidos em qualquer contexto e área geográfica.

Estratégia de pesquisa e identificação dos estudos

Esta scoping review irá considerar estudos primários, de natureza quantitativa, qualitativa ou mista, assim como revisões da literatura e

dissertações académicas.

Relativamente à estratégia de pesquisa e identificação dos estudos, serão consultadas as bases de dados eletrónicas CINAHL e MedicLatina (via EBSCO), MEDLINE (via PubMed), Web of Science, SciELO, Scopus, LILACS e Cochrane Central Register of Controlled Trials. Para mapear a literatura não publicada, como são as dissertações académicas, a estratégia de pesquisa será replicada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Banco de Teses da CAPES e OpenGrey. Não serão considerados limites temporais para a pesquisa e seleção do material bibliográfico e será incluído o que estiver escrito em português, inglês, espanhol ou francês.

A pesquisa irá ser desenvolvida em três fases, que são: I) pesquisa limitada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCO), de modo a identificar as palavras e termos de indexação mais utilizados e os descritores MeSH; II) será criada uma estratégia de pesquisa única, de acordo com as especificidades de cada base de dados/repositório selecionado (Tabela 1); III) a lista de referências bibliográficas de cada estudo será analisada por forma a incluir potenciais estudos de interesse.

Tabela 1. Exemplo de pesquisa inicial na MEDLINE (via PubMed)

Estratégia	Resultados (Nº)
(((((((((("father"[Title/Abstract]) OR ("fatherhood"[Title/Abstract])) OR ("fathership"[Title/Abstract])) OR ("father engagement"[Title/Abstract])) OR (paternity[MeSH Terms])) OR (fathers[MeSH Terms]))) OR (father-child relations[MeSH Terms])) AND ("intervention program"[Title/Abstract]))	37

Após a pesquisa, serão selecionados os resultados relevantes a partir da leitura do título e resumo por dois revisores independentes, com base nos critérios de inclusão previamente definidos. Posteriormente, com base nos mesmos critérios, será feita uma leitura e análise atenta dos estudos completos selecionados. Quaisquer divergências entre os revisores serão resolvidas por discussão e consenso ou com recurso a um terceiro revisor. As razões para a exclusão de estudos serão descritas em detalhe na scoping review.

O processo de pesquisa será apresentado na íntegra sob forma de narrativa e esquema na scoping review, através de um diagrama de fluxo (PRISMA), com descrição da pesquisa realizada, seleção dos resultados, eliminação de duplicados e o que foi acrescentado com a terceira etapa da pesquisa (Peters et al., 2020). Todas as referências bibliográficas identificadas serão agrupadas e geridas no software Mendeley.

Extração dos dados

A extração dos dados para a scoping review será realizada por dois revisores independentes a partir dos estudos previamente selecionados. Esta será aferida pela utilização de um instrumento de extração de dados desenvolvido pelos investigadores, em concordância com o objetivo e as questões de revisão (Tabela 2). O instrumento é preliminar, podendo ser alterado conforme a análise dos resultados elegíveis.

Tabela 2. Instrumento de extração dos dados

Título	Programas de intervenção na paternidade até à 1ª infância: protocolo de <i>scoping review</i>
Questões de revisão	<ol style="list-style-type: none"> 1) Que intervenções foram implementadas no âmbito da paternidade nos período pré-natal e 1ª infância? 2) Quais as características dessas intervenções? 3) Em que contextos (maternidade, hospitais pediátricos, cuidados de saúde primários e comunidade) foram implementadas essas intervenções? 4) Quem implementa essas intervenções? 5) Em que fase são implementadas?
Metodologia	<p>População - Estudos com homens pais com idade igual ou superior a 18 anos.</p> <p>Conceito - Estudos que reportem intervenções no âmbito da paternidade desde o período pré-natal até à primeira infância.</p> <p>Contexto - Estudos desenvolvidos em qualquer contexto e área geográfica.</p>
Extração de características do estudo	<p>Autores</p> <p>Ano</p> <p>Área geográfica</p> <p>Tipo de estudo</p> <p>Tamanho da amostra</p> <p>Objetivo da investigação</p> <p>Questão de investigação</p> <p>Características importantes para as questões de revisão</p>

Os dois revisores, de forma independente, irão analisar os primeiros cinco a dez artigos, utilizando o formulário previamente construído, e reunirão para determinar se a extração de dados está a ser coerente com as questões de revisão e critérios de inclusão, como sugerido por Levac, Colquhoun e O'Brien (2010). Para além disto, sempre que seja necessário um esclarecimento adicional, os revisores entrarão em contacto com os autores do estudo em questão, como refere Arksey e O'Malley (2005).

Síntese dos resultados

Os dados extraídos dos estudos incluídos na revisão serão apresentados sob a forma de narrativa, prevendo-se o uso de tabelas (Tabela 3). A síntese será alinhada com o âmbito e objetivo da revisão, a partir do consenso de dois revisores independentes e o apoio de um terceiro em caso de discordância.

Tabela 3. Síntese dos dados

Estudo	Metodologia	População	Programa	Intervenções			
				Quais	Quem implementa	Contexto	Fase

Apresentação e interpretação dos resultados

Os dados recolhidos serão apresentados sob a forma de narrativa e em tabela ou esquema por forma a mapear a evidência disponível sobre as intervenções na paternidade até à primeira infância. Serão também apresentados quadros resumos dos estudos incluídos na revisão.

CONCLUSÃO

São conhecidos os benefícios de uma paternidade envolvida e cuidadora e atualmente esta constitui-se como um foco de atenção crescente e um dos pilares da saúde e bem-estar dos homens, crianças, mulheres e das famílias em geral. Ao mapear as intervenções, esta scoping review poderá oferecer importantes contributos para o desenho de projetos de intervenção e para a definição de políticas, concretamente na área da saúde. Por outro lado, esta revisão também poderá substanciar a necessidade do desenvolvimento de uma linha de investigação nesta área, assim como o desenho de novos estudos e metodologias de investigação.

AGRADECIMENTOS

Este protocolo foi elaborado no âmbito do projeto PARENT (Promotion, Awareness Raising and Engagement of men in Nurture Transformations), projeto cofinanciado pela União Europeia (UE) (810458/PARENT).

Os/as autores/as agradecem à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*, 8(1).
- Barker, G., & Aguayo, F. (2012). Masculinidades y Políticas de Equidad de Género. Reflexiones a partir de la Encuesta IMAGES y una revisión de políticas en Brasil, Chile y México. Rio de Janeiro: Instituto Promundo.
- Belghiti-Mahut, S., ... & Katarzyna, W. (2012). The Role of Men in Gender Equality - European strategies & insights. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Direção-Geral da Saúde (2020). Iniciativa Mobilizadora da Paternidade Envolvida e Cuidadora - IMPEC. Lisboa: Autor.
- Fisher, J., Cabral, M., Patel, V., & Rahman, A. (2006). Maternal depression and newborn health. *Newsletter for the Partnership of Maternal, Newborn & Child Health*, 2, p.178-179.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*, 5(69).
- Organização Mundial da Saúde. (2018). Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. Denmark.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Hapter 11: Scoping reviews. In M. Z. Aromataris (Ed.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*, JBI (Cap. 11).
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies.

Acta Paediatrica, 97(2), pp. 153–158.

van der Gaag, N., Heilman, B., Grupta, T., Nembhard, C., & Barker, G. (2019). State of the World's Fathers: Unlocking the Power of Men's Care. Washington, D.C.: Promundo - US.

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 domínios 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: Comentará 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.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

Podem também ser serão 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 10€.

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.