



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº 18 SÉRIE 2 - FEVEREIRO 2017

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL	7
ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS (IQVTE) <i>VALIDATION STUDY OF QUALITY OF LIFE INSTRUMENT AT NURSING WORK</i> <i>ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO DE LOS ENFERMEROS</i> <i>Ana Lúcia João; Catarina Pereira Alves; Cristina Silva; Fátima Diogo; Nadine Duque Ferreira</i>	10
QUESTIONÁRIO SOBRE A PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS NA ASSISTÊNCIA À VÍTIMA POR ENFERMEIROS (QPVAVE) DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA <i>EVIDENCE PRESERVATION BY ER NURSES IN VICTIMS OF TRAUMA QUESTIONNAIRE</i> <i>CUESTIONARIO SOBRE LA PRESERVACIÓN DE VESTIGIOS EN ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS POR ENFERMEROS DE URGENCIA Y / O DE EMERGENCIA</i> <i>Cristiana Isabel de Almeida Gomes; Francisco Corte-Real; Manuel Chaves</i>	22
EVOLUÇÃO E DESTINO DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO: ESTUDO LONGITUDINAL <i>EVOLUTION AND DESTINATION OF PEOPLE DEPENDENT IN SELF-CARE: A LONGITUDINAL STUDY</i> <i>LA EVOLUCIÓN Y EL DESTINO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN EL AUTOCUIDADO: UN ESTUDIO LONGITUDINAL</i> <i>Fernando Alberto Soares Petronilho; Filipe Miguel Soares Pereira; Abel Avelino de Paiva e Silva</i>	33
APLICAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO CALGARY EM FAMÍLIAS COM IDOSOS: CONTEXTOS CRENÇAS E VALORES <i>APPLICATION OF CALGARY EVALUATION MODEL FOR FAMILIES WITH ELDERLY: CONTEXTS BELIEFS AND VALUES</i> <i>APLICACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN DE CALGARY PARA FAMILIAS CON ANCIANOS: CONTEXTOS CREENCIAS Y VALORES</i> <i>Isabel Maria Batista de Araújo; Maria Clara Oliveira Simões; Joaquim Filipe Ferreira Azevedo Fernandes</i>	44
DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE URGÊNCIA <i>DOCUMENTATION OF NURSING CARE IN EMERGENCY CONTEXT</i> <i>DOCUMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONTEXTO DE EMERGENCIA</i> <i>TERESA MARIA CERQUEIRA ALVES; MARIA AURORA GONÇALVES PEREIRA; MARA DO CARMO DE JESUS ROCHA</i>	54



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Propriedade e Administração/Ownership

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

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

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

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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

EDITORIAL



Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão

Está disponível um conjunto de designações que não dizendo a mesma coisa, convocam para a sua clarificação, a discussão sobre a essência da enfermagem e a natureza do seu saber. Refiro-me aos conceitos de enfermagem avançada, enfermagem de prática avançada, prática avançada, especialista em enfermagem, perito.

Começemos por considerar algumas situações clínicas concretas.

Um enfermeiro trabalha numa unidade de cuidados intensivos rodeado de alta tecnologia, ventiladores, monitores para as mais diversas funções, desfibrilhadores, bombas infusoras de alimentação e de terapêutica medicamentosa, dialisadores,... Para lidar com todo este material e poder prestar cuidados de alta qualidade aos seus utentes críticos, necessitou de um grande período de integração e de desenvolvimento de competências, bem como o aprofundamento pelo estudo de aspectos teóricos e práticos específicos.

Uma enfermeira foi chamada a fazer noites em casa de uns utentes que têm um familiar, idoso, em estado avançado de Alzheimer. Este apresenta a natural desorientação e confusão inerente ao quadro clínico, acrescido de agressividade, elevada dificuldade relacional, dependência para a totalidade das actividades da vida diária. Colocando-se problemas de segurança do próprio doente, dos familiares e dos cuidadores profissionais. A enfermeira teve conhecimento de uma metodologia de cuidados – sistematização de cuidados designada por “humanidade”, valorizando de forma particular o olhar, a palavra, o toque e a verticalidade, da qual lhe informaram ter particular sucesso na abordagem destes doentes. Frequentou um curso, iniciou as abordagens adquiridas e começou a ter sucesso terapêutico com o seu doente.

Poderíamos colocar outros exemplos. Estes espelham situações e contextos de cuidados nossos conhecidos. Em ambas encontramos saberes diferenciados pela sua complexidade, pela responsabilidade acrescida que acarretam, pela necessidade que tiveram de aquisição de saberes e de desenvolvimento de novas competência. Serão estes enfermeiros, enfermeiros de prática avançada? Parece que sim, mas... vejamos.

O ICN (International Council of Nurses) define enfermeiro de prática avançada como: «uma/o enfermeira/o que adquiriu uma base de conhecimentos especializados, habilidades complexas na tomada de decisão e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são moldadas pelo contexto e/ou país em que ele/ela é credenciado para a prática. O mestrado é recomendado para o nível de entrada» (ICN, 2009).

Esta definição esclarece alguma coisa, refere conhecimentos especializados, habilidades complexas na tomada de decisão e competências clínicas. Não clarifica o que é uma prática expandida remetendo para os contextos nacionais. Subentende-se que expandido será para além do que já faria, mas em que direção?

No entanto, não resolve a questão de fundo, que se relaciona com a visão dicotómica que permanece na enfermagem: uma perspectiva mais biomédica ou uma abordagem mais humanista. Esta questão é essencial. Só sabendo o que é a enfermagem, a natureza do seu saber e como se cria o seu conhecimento, se poderá saber o que constitui uma prática avançada, importa esta clarificação.

Poderemos ter uma enfermagem de prática avançada biomédica e nesse sentido dificilmente estaremos a falar de uma enfermagem disciplinarmente (cientificamente) assumida, com campo de ação próprio e autonomia na sua prática profissional. Ou poderemos ainda ter uma enfermagem de prática avançada, com o avanço a verificar-se naquilo que seja as suas intervenções autónomas, relacionadas com o campo disciplinar, de saberes próprios e de ação específica. A dicotomia pode simplificar-se na afirmação de se optar por “mais medicina na enfermagem ou mais enfermagem na enfermagem”. Discussão que nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido, entre outros, se faz em torno dos conceitos de “nurse practitioner’s” e de “clinical nurse specialist”.

Os organismos internacionais estão atentos, e se o conceito de enfermagem de prática avançada (EPA) esteve originalmente muito focalizado na enfermagem de alta tecnologia, de enfermagem hospitalar, hoje o campo é alargado. É assim que em 2016, no: “Centro Colaborador da OPAS/OMS na University of Michigan School of Nursing, com mais de 50 participantes de Estados Unidos, México, Canadá, Brasil, Chile e Colômbia. Os líderes se encontraram com o objectivo de examinarem as competências essenciais para o papel da EPA na atenção primária de saúde ...” (Cassiani; Rosales, 2016)

Ajudará a esta clarificação o que se entende por perito. No âmbito da enfermagem a abordagem de perito tipificada por Benner (2001) é colocada nos seguintes termos: “... As enfermeiras peritas sabem que em todos os casos, uma avaliação definitiva do estado do doente não pode ser satisfeita por presentimentos vagos, mas aprenderam com a experiência a deixar as suas percepções guiá-las à evidência confirmatória” (p. 22). Onde “... a consciência perceptiva é o elemento central de um bom raciocínio de enfermagem, e por isso começa por breves intuições e avaliações globais, que escapam no início, à análise crítica...” (p. 22). Assim, “... a experiência é por isso necessária para a perícia” (p.32). Sendo que “a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigma de base situações concretas que ela já viveu e vai directamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis (Dreyfus, H. 1979; Dreyfus, S. 1981)” (p. 33). E ainda que “... ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (p. 58).

Nós próprios, em investigação de 2015, concluíamos: “Em síntese, caracterizamos os enfermeiros peritos como enfermeiros que têm conhecimentos aprofundados, alargados e adquiriram metacompetências. Diferenciam-se pela capacidade de liderança, de supervisão, de gerir mudança e pelas competências comunicacionais acrescidas. Apresentam capacidade de agir reflexivamente, planear, sistematizar, avaliar consistentemente e têm mais destreza. Maior capacidade de adaptação, segurança e conseguem uma visão mais global. São competentes na gestão de conflitos, em lidar com o stresse, bem como articulam a teoria e a prática, criam conhecimento, utilizam a investigação, respondem a situações complexas, tem capacidade de decidir. Apresentam capacidade de

antecipação, perspicácia, fazem uso da observação discriminada, rapidez na ação e competência na definição de prioridades. Comportam uma visão do contexto e tende à especialização. Assim sendo, o saber dos enfermeiros peritos é um saber diferenciado, construído e só possível pela experiência profissional, pela ação ou seja pela clínica de enfermagem.” (Queirós, 2015).

Acreditamos que a aproximação ao conceito de perito ajuda a situar a enfermagem de prática avançada num contexto disciplinar correspondendo a “mais enfermagem na enfermagem”. Neste paradigma, as competências clínicas de suporte a uma prática expandida traduzem-se no aprofundamento relacional, no entendimento que cuidar (com desvelo, compaixão e solicitude) vai para além de prestar cuidados (mero fazer técnico), comporta uma atitude também ela aprendida, treinada, investigável e validável, assim passível de se sintetizar em evidência científica de enfermagem. Sem desvalorizar o desenvolvimento e alargamento de competências técnicas instrumentais, o enfermeiro de prática avançada consegue uma prática expandida relacional e cuidativa, atuando com elevado desempenho no âmbito de um cuidar integral de enfermagem.

Paulo Joaquim Pina Queirós. Conselho Científico, RIE

Referências Bibliográficas:

- International Council of Nurses. Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics: 2009; (cited 2016 may 12). Available: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- Benner, P. (2001) De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora
- Cassiani, S.H. , Rosales, L.K. (2016) Iniciativas para a Implementação da Prática Avançada em Enfermagem na Região das Américas. Esc. Anna Nery, 20(4): Doi: 10.5935/1414-8145.20160081.
- Queirós, P. (2015) The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. Invest. educ. enferm. ; 33(1): 83-91

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS (IQVTE)

Ana Lúcia João⁽¹⁾; Catarina Pereira Alves⁽²⁾; Cristina Silva⁽³⁾; Fátima Diogo⁽⁴⁾; Nadine Duque Ferreira⁽⁵⁾



Resumo

O presente estudo tem como objetivo avaliar a fiabilidade e validade do Instrumento de Qualidade de vida no Trabalho dos Enfermeiros (IQVTE). A amostra total era constituída por 382 profissionais que exercem funções num Hospital pertencente à Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros.

A análise fatorial exploratória forçada a 4 fatores explica 57,21% da variância total. Na análise da consistência interna foram encontrados valores de alfa de Cronbach considerados adequados de 0.97 para a escala geral e de 0.77 a 0.90 para os fatores referidos. A escala apresentou características psicométricas robustas, demonstrando uma elevada consistência e bons indicadores de validade interna.

Palavras Chave: Qualidade de vida; Enfermagem; Fiabilidade; Validade de Conteúdo

Abstract

VALIDATION STUDY OF QUALITY OF LIFE INSTRUMENT AT NURSING WORK

This study aims to assess the reliability and validity of the Quality of Life Instrument in the Work of Nurses (IQVTE). The total sample was composed by 382 professionals working in a hospital of regional section of the south of Order of Nurses.

Exploratory factor analysis forced to four factors explain 57.21% of the total variance. In the analysis of internal consistency were found Cronbach's alpha values considered adequate from 0.97 for the general scale and 0.77 to 0.90 for those dimensions. The scale showed robust psychometric characteristics, demonstrating a high consistency and good internal validity indicators.

Keywords: Quality of life; Nursing; Reliability; Content validity

Resumen

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO DE LOS ENFERMEROS

Este estudio tiene como objetivo evaluar la fiabilidad y validez del instrumento de calidad de vida en el trabajo de los Enfermeros (IQVTE). La muestra total es compuesta por 382 profesionales de enfermería que trabajan en un hospital perteneciente a la Sección Regional del Sur de la Orden de Enfermeros.

El análisis factorial exploratoria forzada a cuatro factores explica 57,21% de la varianza total. En el análisis de la consistencia interna se encontraron valores alfa de Cronbach considerados adecuados de 0,97 para la escala general y 0,77 a la 0,90 para los factores referidos. La escala mostró características psicométricas robustas, lo que demuestra una alta consistencia y buenos indicadores de validez interna.

Palabras clave: Calidad de vida; enfermería; fiabilidad; La validez de contenido

Recebido em Janeiro 2017. Aceite em Fevereiro 2017

⁽¹⁾ Doutorada em Intervenção Psicológica em Educação, Saúde e Qualidade; Mestre em Sociopsicologia da Saúde; Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Pós-graduada em Supervisão Clínica; Licenciada em Enfermagem. alsjoao@hotmail.com

⁽²⁾ Mestre em Enfermagem de Reabilitação; Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Licenciada em Enfermagem

⁽³⁾ Licenciada em Enfermagem

⁽⁴⁾ Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

⁽⁵⁾ Licenciada em Enfermagem

INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida assume nos nossos dias, uma dimensão de extrema importância no que concerne a aspetos relacionados com a prevenção de doenças, controle de sintomas, diminuição da mortalidade e consequente aumento da esperança média de vida.

Poder-se-á dizer que se trata de um conceito amplo, que abarca a saúde física, o estado psicológico, as crenças pessoais, as relações interpessoais e as relações com o ambiente. Deste modo, a qualidade de vida encontra-se dependente da percepção da satisfação das necessidades, das oportunidades de alcançar a felicidade e da autorrealização, tendo sempre em consideração o contexto cultural no qual cada sujeito se encontra inserido (Organização Mundial de Saúde, 2012).

O mesmo conceito surge associado à satisfação na vida familiar, conjugal, social e cultural e também à estética existencial (Minayo, Hartz, Buss, 2000).

Atualmente, apesar de ser uma temática bastante abordada e existirem diversas definições, ainda não existe uma definição de qualidade de vida que seja globalmente aceite. No entanto, quando se fala em qualidade de vida tem de se ter em consideração o meio/cultura, tendo esta conceção de ser revista, discutida e transformada ao longo do tempo tendo em consideração o avanço do conhecimento e da sociedade (Pereira, Teixeira, Santos, 2012).

O presente estudo propõe descrever o estudo psicométrico IQVTE a nível hospitalar em Portugal, no sentido de estudar a validade de constructo do mesmo instrumento. Deste modo, espera-se informar sobre a possível validade da escala, no sentido de que a mesma possa ser utilizada por outros investigadores.

Este estudo assume um caráter de extrema importância, pois a avaliação da qualidade de vida possibilita a aquisição de conhecimento que permite subsequentemente intervir na melhoria do processo de trabalho em saúde, nomeadamente a prática clínica, as relações interpessoais e possibilita o orientar/redefinir de políticas públicas específicas para esses profissionais, no desempenho das suas funções. Em suma, poder-se-á considerar que a melhoria das condições de

vida e de trabalho dos enfermeiros pode gerar um impacto positivo não só na sua saúde, como também na saúde da população por eles assistida (Fernandes, Miranzi, Iwamoto, Tavares, Santos, 2010).

Qualidade de Vida

No local de trabalho, a qualidade de vida manifesta-se através de elevados níveis de satisfação dos trabalhadores tendo em consideração a segurança, a progressão, a conciliação da vida profissional com a vida pessoal, a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento das capacidades e competências (Candeias, 2010).

A satisfação no trabalho é um dos indicadores de qualidade de vida no trabalho tendo, a mesma, sido utilizada como medida da qualidade de vida (Gonçalves, 2008).

Na mesma linha de pensamento, poder-se-á dizer que a qualidade de vida no trabalho engloba a satisfação dos trabalhadores relativamente a diferentes componentes do trabalho, tais como, a autonomia, a interação, o status profissional, os requisitos do trabalho, as normas organizacionais e a remuneração.

Rossi, Perrewè, Sauter e Steven (2008) salientam que a “sensação de bem-estar” no trabalho não significa apenas salários mais altos, mas também questões ligadas ao conceito de qualidade de vida, tais como, o tempo com a família, a saúde, a carga horária, o volume do trabalho realizado, a progressão na carreira e a sensação de segurança no emprego.

Numa instituição hospitalar, a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) baseia-se no esforço do gestor em proporcionar de forma motivadora, o espaço necessário (considerando: a higiene, os ruídos, a ergonomia, etc.) aos seus profissionais, contribuindo não somente para a saúde e bem-estar dos seus clientes, mas também dos seus próprios colaboradores. A qualidade de vida advém de um trabalho realizado com satisfação, desenvolvendo habilidades e talentos na solução de problemas, tanto para a organização como na vida fora da mesma (Bertelli, 2004).

No estudo realizado por Moradi, Maghaminejad e Azizi-Fini (2014) nos hospitais de Kashan

verificou-se que os enfermeiros apresentavam um nível moderado de QVT. No mesmo estudo, constatou-se que os enfermeiros com habilitações académicas mais elevadas apresentavam menores índices de qualidade de vida, pois tinham expectativas mais altas a nível emocional, o que resultava em exaustão emocional quando o seu ambiente laboral não correspondia às suas expectativas.

WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) -100 e a WHOQOL-Bref

A escala WHOQOL-100 e a WHOQOL-Bref são dois instrumentos que avaliam a qualidade de vida. Foram construídas com base num projeto dinamizado pela Organização Mundial de Saúde em 15 centros culturalmente distintos.

A tradução e a normalização da WHOQOL-100 e da WHOQOL-Bref em Portugal foi realizado por Serra et al. (2006) a 315 sujeitos de uma população normal e 289 doentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Instituto Português de Oncologia e Centros de Saúde de Coimbra.

A escala é composta por cem questões que se agrupam em seis domínios de qualidade de vida: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente.

A WHOQOL-Bref trata-se de uma versão abreviada da WHOQOL-100. A mesma escala abreviada é composta por 26 questões que avaliam a qualidade de vida em quatro dimensões: Físico, psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

Gonçalves (2008) realizou um estudo com uma amostra de 146 enfermeiros que exerciam funções no Hospital José Joaquim Fernandes de Beja e Sub-região de Saúde de Beja, tendo obtido valores de consistência interna medidos pelo coeficiente alfa de Cronbach considerados bons. Deste modo, para a totalidade das questões o valor de alfa de Cronbach foi de 0,91. No que concerne a cada uma das dimensões o valor foi de 0,84 para o domínio Físico foi de 0,84; 0,79 para o domínio Psicológico; 0,69 para o domínio Relações Sociais e 0,71 para o domínio Meio ambiente.

Instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho dos Enfermeiros (IQVTE)

Kimura e Carandina (2009) verificaram que

existiam poucos instrumentos para mensuração da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde. Deste modo, as mesmas autoras construíram o Instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho dos Enfermeiros (IQVTE) com 32 itens, tendo efetuado o seu estudo de validação com 348 enfermeiros de dois hospitais públicos e dois privados localizados na cidade de São Paulo.

O mesmo instrumento foi submetido à análise fatorial exploratória na qual se obtiveram quatro dimensões denominadas de: Valorização e Reconhecimento institucional; Condições de trabalho, segurança e remuneração; Identidade e Imagem profissional; e Integração com a equipe. Foi utilizado o método Varimax para a rotação dos fatores retidos.

O instrumento desenvolvido referido apresentou no que concerne à análise de consistência interna valores de alfa de Cronbach de 0,94 para a totalidade dos itens. Nas dimensões, as autoras Kimura e Carandina (2009), obtiveram valores de alfa de Cronbach de: 0,92 no domínio Valorização e reconhecimento institucional; 0,84 no domínio Condições de trabalho, segurança e remuneração; 0,78 no domínio Identidade e Imagem profissional; e 0,77 o domínio Integração com a equipe.

MÉTODOS

Instrumentos e Procedimento

No presente estudo utilizou-se o IQVTE (Instrumento de Qualidade de Vida no Trabalho dos Enfermeiros) em Hospitais, de Kimura e Carandina (2009). A tradução/retroversão foi efetuada e certificada por dois tradutores jurados, mantendo-se em consonância com as autoras anteriormente referidas.

Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário entregue a todos os enfermeiros (n=508) que exerciam funções num Hospital pertencente à Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros.

O questionário era composto por uma componente sociodemográfica e profissional e pelo IQVTE, sendo a último instrumento composto por 32 itens que avaliam os graus de satisfação e de importância percebidos pelos enfermeiros em relação ao seu contexto laboral.

O IQVTE é composto por uma escala tipo lickert, na qual a opção de resposta varia de 1=muito insatisfeito a 5=muito satisfeito.

No questionário foi garantida a confidencialidade e anonimato no que concerne aos dados fornecidos e referido que os mesmos se destinavam apenas a fins de investigação. Foi também informado, que os sujeitos em estudo não obteriam qualquer ganho remuneratório e que poderiam desistir a qualquer momento, sem penalização de qualquer natureza.

No tratamento de dados estatísticos foi utilizado o SPSS 21.

Amostra

Foram entregues questionários a todos os enfermeiros (n=508) que exerciam funções no Hospital pertencente à Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, sendo que obtivemos uma amostra total de 382 sujeitos, o que corresponde a uma taxa de resposta de 75,2%.

Dos 382 enfermeiros que constituíram a amostra, 83,3% eram do sexo feminino e apenas 14,4 % do sexo masculino. A faixa etária predominante era a de 30 a 39 anos (31,1%). Verificou-se que metade dos profissionais de enfermagem que participaram no estudo são casados (50,7%) e possuem apenas como habilitação académica a licenciatura (72,3%).

RESULTADOS

Verificou-se que as respostas dos sujeitos percorrem todos os intervalos da escala ou seja de 1-5, exceto no item 20 (2-5) e nos itens 24 e 25 (1-4) (tabela 1).

Os valores da média, moda e mediana denotam também uma distribuição dos resultados pelos diversos intervalos da escala de resposta, revelando sensibilidade dos itens para avaliar o constructo em análise (tabela 1).

Tabela 1. Análise Descritiva dos itens da IQVTE

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Moda	Mediana
1 - A sua qualidade de vida no trabalho?	1	5	3,14	,913	3	3
2 - O seu lugar destinado ao café/lanche (ou descanso) no seu local de trabalho?	1	5	3,21	,924	3	3
3 - As condições ergonômicas do seu local de trabalho?	1	5	2,99	,839	3	3
4 - A organização no seu local de trabalho?	1	5	3,43	,868	4	4
5 - A segurança do seu local de trabalho?	1	5	3,27	,977	4	3
6 - As condições de higiene do seu local de trabalho?	1	5	3,59	,907	4	4
7 - A quantidade de material disponível para trabalhar?	1	5	3,53	,906	4	4
8 - O número de enfermeiros do seu local de trabalho?	1	5	3,07	1,030	4	3
9 - A autonomia que tem no seu trabalho?	1	5	3,62	,806	4	4
10 - O cumprimento das normas institucionais pelas pessoas, em geral?	1	5	3,30	,822	3	3
11 - As ações da instituição para prevenir acidentes de trabalho?	1	5	3,14	,871	3	3
12 - As oportunidades que tem para estudar?	1	5	2,77	,996	3	3
13 - O relacionamento na sua equipa de trabalho?	1	5	3,84	,834	4	4
14 - O reconhecimento que recebe dos seus doentes?	1	5	3,73	,892	4	4
15 - A possibilidade de ser ouvido no seu trabalho?	1	5	3,50	,877	4	4
16 - As informações que recebe sobre as mudanças no seu trabalho?	1	5	3,34	,838	4	3
17 - O apoio que tem da equipa médica?	1	5	3,12	1,015	3	3
18 - O apoio que tem da equipa de enfermagem?	1	5	3,92	,756	4	4
19 - O apoio que tem da sua chefia de enfermagem?	1	5	3,73	,923	4	4
20 - O apoio que tem dos demais enfermeiros?	2	5	3,77	,690	4	4
21 - O conhecimento que tem sobre os objetivos e metas da instituição?	1	5	3,19	,849	3	3
22 - A sua comunicação com a equipa multiprofissional?	1	5	3,56	,794	4	4
23 - A sua comunicação com a chefia de enfermagem?	1	5	3,75	,850	4	4
24 - O seu salário líquido mensal?	1	4	1,63	,824	1	1
25 - Os benefícios que recebe?	1	4	1,78	,824	1	2
26 - O estímulo à criatividade oferecido pelo seu trabalho?	1	5	2,59	,950	3	3
27 - A liberdade de expressar as suas ideias no seu trabalho?	1	5	3,22	,884	3	3
28 - A instituição em que trabalha?	1	5	3,19	,834	3	3
29 - O atendimento dado pela instituição aos doentes?	1	5	3,21	,739	3	3
30 - A sua profissão?	1	5	3,28	1,109	4	3
31 - A imagem da sua profissão dentro da instituição?	1	5	3,02	,975	3	3
32 - Consigo mesmo, como enfermeiro?	1	5	3,85	,864	4	4

Validade de Conteúdo da IQVTE

Neste estudo foi avaliada a legitimidade da aplicação da análise fatorial, através da medida de adequabilidade KMO. O valor encontrado foi de 0,943, o que segundo Marôco (2010), é considerado excelente.

O teste de Bartlett apresenta um valor de $\chi^2(496) = 7296,496$ e com significância estatística ($p < 0,001$), o que significa que as variáveis se encontram correlacionadas significativamente (tabela 2).

Deste modo, e mediante o que foi referido anteriormente, poder-se-á afirmar que com a amostra disponível, a escala é passível de análise fatorial.

Tabela 2 - KMO e teste de Bartlett para a IQVTE

Medida de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin of Sample Adequacy)		0,943
Teste de Bartlett (Teste de Esfericidade)	Qui-quadrado	7296,496
	Df	496
	Sig.	0,000

Análise Fatorial da IQVTE

Posteriormente, foi efetuada a análise fatorial da IQVTE, forçada a 4 fatores de modo a seguir os autores originais da escala (ver tabela 3). Os mesmos 4 fatores apresentam um valor próprio superior a 1 e explicam 57,21% da variância total, o que de acordo com Marôco (2010) é um valor considerado aceitável.

Tabela 3 - Matriz de componentes rodada da IQVTE

	% Variância			% Variância		
	Valor Próprio	% de Variância	Acumulada	Valor Próprio	% de Variância	Acumulada
1	13,026	40,705	40,705	5,676	17,736	17,736
2	2,125	6,640	47,345	5,566	17,393	35,129
3	1,819	5,685	53,030	3,548	11,086	46,216
4	1,337	4,178	57,208	3,517	10,992	57,208

O scree plot (gráfico 1) foi outro critério tido em consideração, na medida em que, o mesmo ilustra a existência de 4 fatores, tendo-se adotado esse número.

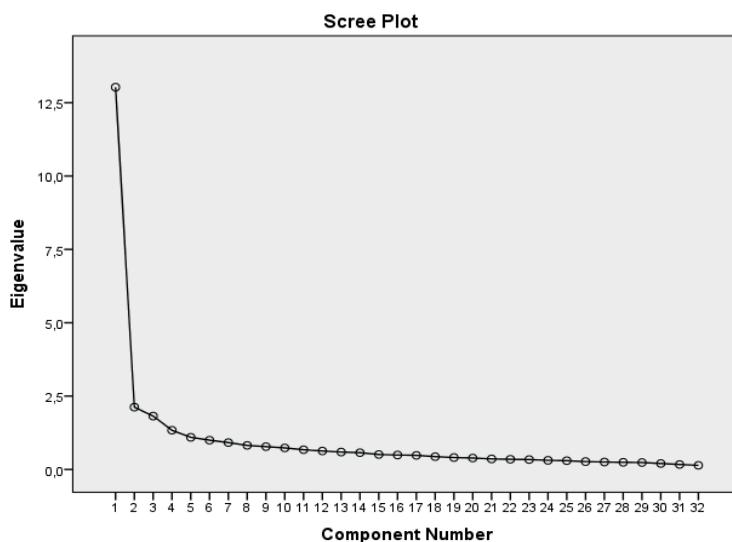


Gráfico 1 - Scree plot da factorialização da IQVTE

A tabela seguinte apresenta a matriz de fatores principais, pelo método de rotação varimax (Tabela 4)

Tabela 4 - Análise de componentes principais da IQVTE

Itens da IQVTE	Fatores		
	1	2	3
6 - As condições de higiene do seu local de trabalho?	,729	,324	
7 - A quantidade de material disponível para trabalhar?	,706		
3 - As condições ergonômicas do seu local de trabalho?	,669		
11 - As ações da instituição para prevenir acidentes de trabalho?	,643		
8 - O número de enfermeiros do seu local de trabalho?	,640		
5 - A segurança do seu local de trabalho?	,622		
4 - A organização no seu local de trabalho?	,618	,481	
10 - O cumprimento das normas institucionais pelas pessoas, em geral?	,530	,325	,315
17 - O apoio que tem da equipa médica?	,496	,318	,375
1 - A sua qualidade de vida no trabalho?	,481	,337	
9 - A autonomia que tem no seu trabalho?	,450	,377	,363
21 - O conhecimento que tem sobre os objetivos e metas da instituição?	,349	,320	
18 - O apoio que tem da equipa de enfermagem?		,827	
19 - O apoio que tem da sua chefia de enfermagem?	,363	,751	
13 - O relacionamento na sua equipa de trabalho?		,746	
20 - O apoio que tem dos demais enfermeiros?		,713	
23 - A sua comunicação com a chefia de enfermagem?	,378	,680	
15 - A possibilidade de ser ouvido no seu trabalho?	,333	,651	
16 - As informações que recebe sobre as mudanças no seu trabalho?	,410	,572	
27 - A liberdade de expressar as suas ideias no seu trabalho?		,550	
30 - A sua profissão?			,728
32 - Consigo mesmo, como enfermeiro?			,664
31 - A imagem da sua profissão dentro da instituição?			,640
14 - O reconhecimento que recebe dos seus doentes?			,559
28 - A instituição em que trabalha?			,494
29 - O atendimento dado pela instituição aos doentes?	,428		,486
22 - A sua comunicação com a equipa multiprofissional?		,457	,483
25 - O benefícios que recebe?			
24 - O seu salário líquido mensal?			
26 - O estímulo à criatividade oferecido pelo seu trabalho?	,303	,316	
12 - As oportunidades que tem para estudar?	,405		
2 - O seu lugar destinado ao café/lanche (ou descanso) no seu local de trabalho?	,358	,300	

Na presente análise fatorial não foi excluído nenhum item, apresentando todos um valor de correlação superior a 0,30. Para a designação dos fatores, foi tido em consideração o referencial teórico.

A nomenclatura atribuída a cada dimensão da IQVTE foi a seguinte:

- Condições de Trabalho e Segurança;
- Relacionamento Interpessoal;
- Identidade e Natureza do Trabalho;
- Valorização e Remuneração.

As “condições de trabalho e segurança” representam a primeira dimensão obtida após ter sido efetuada a análise fatorial. A mesma é composta por 12 itens, que fazem referência tal como o próprio nome indica as condições de trabalho e segurança a nível laboral.

Este primeiro fator explica 40,71% da variância total (tabela 5).

A dimensão “Identidade e natureza do trabalho” é composta por questões que visam avaliar a percepção dos enfermeiros relativamente à atividade profissional exercida e também a sua percepção do seu desempenho enquanto profissional de saúde.

Fazem parte da mesma dimensão 7 itens, os quais explicam 5,69% da variância total (tabela 7).

Por último, a quarta dimensão obtida é composta apenas por 5 itens que explicam 4,18% da variância total (tabela 8). Todos os itens que a constituem fazem referência aos benefícios obtidos em termos de valorização/progressão profissional e remuneração. Neste sentido, optou-se por denominar esta dimensão de “valorização e remuneração”.

Tabela 5 - Itens e pesos da dimensão “Condições de Trabalho e Segurança”

Itens	I Fator – Condições de Trabalho e Segurança (40,71% da Variância)	Pesos
6	As condições de higiene do seu local de trabalho?	,729
7	A quantidade de material disponível para trabalhar?	,706
3	As condições ergonómicas do seu local de trabalho?	,669
11	As ações da instituição para prevenir acidentes de trabalho?	,643
8	O número de enfermeiros do seu local de trabalho?	,640
5	A segurança do seu local de trabalho?	,622
4	A organização no seu local de trabalho?	,618
10	O cumprimento das normas institucionais pelas pessoas, em geral?	,530
17	O apoio que tem da equipa médica?	,496
1	A sua qualidade de vida no trabalho?	,481
9	A autonomia que tem no seu trabalho?	,450
21	O conhecimento que tem sobre os objetivos e metas da instituição?	,349

O segundo fator da escala IQVTE foi denominado “relacionamento interpessoal”, pois todas as questões fazem referência à relação estabelecida com a equipa/chefe no contexto laboral. Este fator é constituído por 8 itens que explicam 6,64% da variância (tabela 6).

Tabela 6 - Itens e pesos da dimensão “Relacionamento Interpessoal”

Itens	II Fator – Relacionamento Interpessoal (6,64 % da Variância)	Pesos
18	O apoio que tem da equipa de enfermagem?	,827
19	O apoio que tem da sua chefia de enfermagem?	,751
13	O relacionamento na sua equipa de trabalho?	,746
20	O apoio que tem dos demais enfermeiros?	,713
23	A sua comunicação com a chefia de enfermagem?	,680
15	A possibilidade de ser ouvido no seu trabalho?	,651
16	As informações que recebe sobre as mudanças no seu trabalho?	,572
27	A liberdade de expressar as suas ideias no seu trabalho?	,550

A dimensão “Identidade e natureza do trabalho” é composta por questões que visam avaliar a percepção dos enfermeiros relativamente à atividade profissional exercida e também a sua percepção do seu desempenho enquanto profissional de saúde.

Fazem parte da mesma dimensão 7 itens, os quais explicam 5,69% da variância total (tabela 7).

Tabela 7 - Itens e pesos da dimensão “Identidade e Natureza do Trabalho”

Itens	III Fator – Identidade e Natureza do trabalho (5,69% Variância)	Pesos
30	A sua profissão?	,728
32	Consigo mesmo, como enfermeiro?	,664
31	A imagem da sua profissão dentro da instituição?	,640
14	O reconhecimento que recebe dos seus doentes?	,559
28	A instituição em que trabalha?	,494
29	O atendimento dado pela instituição aos doentes?	,486
22	A sua comunicação com a equipa multiprofissional?	,483

Por último, a quarta dimensão obtida é composta apenas por 5 itens que explicam 4,18% da variância total (tabela 8). Todos os itens que a constituem fazem referência aos benefícios obtidos em termos de valorização/progressão profissional e remuneração. Neste sentido, optou-se por denominar esta dimensão de “valorização e remuneração”.

Tabela 8 - Itens e pesos da dimensão “Valorização e Remuneração”

Itens	IV Fator – Valorização e Remuneração (4,18% da Variância)	Pesos
25	Os benefícios que recebe?	,835
24	O seu salário líquido mensal?	,817
26	O estímulo à criatividade oferecido pelo seu trabalho?	,474
12	As oportunidades que tem para estudar?	,443
2	O seu lugar destinado ao café/lanche (ou descanso) no seu local de trabalho?	,382

Correlação entre fatores

As correlações entre os fatores apresentam-se como positivas e estatisticamente significativas, indo ao encontro da validade de conteúdo (tabela 9).

Tabela 9- Correlação entre fatores

		Condições de Trabalho e Segurança	Relacionamento Interpessoal	Identidade e Natureza do Trabalho
Condições de Trabalho e Segurança	Pearson Correlation	1	,728**	,643**
Relacionamento Interpessoal	Pearson Correlation	,728**	1	,644**
Identidade e Natureza do Trabalho	Pearson Correlation	,643**	,644**	1
Valorização e Remuneração	Pearson Correlation	,650**	,626**	,636**

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fiabilidade da IQVTE

O alfa de Cronbach é um importante indicador estatístico de fidedignidade de um instrumento psicométrico. Segundo Hill e Hill (2009), o coeficiente de fiabilidade interna (α) estima o valor médio de todos os coeficientes possíveis. No que concerne ao IQVTE foi então efetuado o estudo da consistência interna através do coeficiente alfa de Cronbach.

O alfa de Cronbach da totalidade dos itens da escala é de 0,97 o que, de acordo com Hill e Hill (2009), é considerado excelente.

Na primeira e segunda dimensão, obtidas através da análise fatorial, foram encontrados valores de alfa de Cronbach excelentes. Na terceira o valor do alfa de Cronbach o valor poderá ser considerado de muito bom e na última

dimensão razoável. Deste modo, os valores obtidos demonstram uma consistência interna apropriada à consecução do estudo (tabela 10).

O item 2 da quarta dimensão da escala foi o único que se excluído melhoraria o valor do alfa de Chronbach. A exclusão do item “O seu lugar destinado ao café/lanche (ou descanso) no seu local de trabalho”, aumentaria o coeficiente de 0,77 para 0,78. No entanto, optou-se pela manutenção do item, pois a sua contribuição para o aumento do coeficiente seria de apenas 0,01.

Todos os itens apresentaram correlações significativas e maiores que 0,40 com o score total da respetiva dimensão (tabela 10).

Tabela 10: Coeficientes alfa de Cronbach das dimensões do IQVTE e correlações item-total

Dimensão	Itens	Poder discriminativo do Item (Correlação de item /total)	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Dimensão 1 (Alfa =0,90)	6	,69	,89
	7	,63	,89
	3	,60	,89
	11	,66	,89
	8	,58	,90
	5	,59	,89
	4	,74	,89
	10	,64	,89
	17	,59	,90
	1	,65	,89
	9	,58	,89
21	,51	,90	
Dimensão 2 (Alfa=0,92)	18	,74	,91
	19	,84	,90
	13	,62	,92
	20	,66	,91
	23	,77	,90
	15	,78	,90
	16	,73	,91
27	,68	,91	
Dimensão 3 (Alfa=0,84)	30	,67	,79
	32	,56	,81
	31	,68	,79
	14	,47	,83
	28	,65	,80
	29	,51	,82
Dimensão 4 (Alfa=0,77)	22	,51	,82
	25	,71	,68
	24	,55	,73
	26	,57	,73
	12	,54	,74
2	,40	,78	

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através da aplicação do IQVTE demonstram que o mesmo instrumento foi validado para a população de enfermeiros portugueses.

No que concerne aos valores de média, mediana e moda verificou-se uma distribuição dos resultados pelos diversos intervalos da escala de resposta, revelando sensibilidade na avaliação do constructo. O valor obtido de KMO de 0,94 apresenta-se ligeiramente superior ao das autoras Kimura e Carandina (2009), sendo o mesmo considerado como excelente.

Quanto à fiabilidade do mesmo instrumento, os valores de alfa de cronbach nas dimensões variaram de 0,77 a 0,92, valores equivalentes aos autores originais do instrumento. Inclusivamente, poder-se-á afirmar que os resultados obtidos se apresentam satisfatórios em todas as dimensões da escala à prossecução do estudo.

A variância total da escala foi de 57,21%, valor superior ao obtido pelas autoras originais do instrumento, que foi de 54,8%.

No estudo realizado pelas autoras Kimura e Carandina (2009) as dimensões encontradas foram denominadas por: “Valorização e reconhecimento institucional”, “Condições de trabalho, segurança e remuneração”, “Identidade e imagem profissional” e “Integração com a equipe”.

Apesar de seguir as pisadas das investigadoras mencionadas e se efetuar uma análise fatorial forçada a 4 fatores, os itens agruparam-se de um modo diferente. Neste sentido, no presente estudo, seguindo o referencial teórico, optou-se por denominar as dimensões encontradas de “Condições de trabalho e segurança”, “Relacionamento interpessoal”, “Identidade e natureza do trabalho”, “Valorização e remuneração”. De realçar que esta diferença poderá estar relacionada com o fato do questionário ter sido aplicado num país diferente das autoras originais (Brasil).

De referir como limitação para o presente estudo o facto de o delineamento de pesquisa ter sido transversal, tal como as autoras Kimura e Carandina (2009), o que não nos permitiu testar a estabilidade, ou seja a sua capacidade de reproduzir os mesmos resultados em aplicações sucessivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bertelli, S. (2004). *Gestão de pessoas em administração hospitalar*. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark.
- Candeias, A. (2010). *Qualidade de Vida no Trabalho em Enfermagem: Implicações para a Prática de Cuidados*. Documentos apresentados no Encontro Nacional de Enfermagem, Sintra.
- Fernandes, A.; Miranzi, S.; Iwamoto, H.; Tavares, D.; Santos, S. (2010). *Qualidade de vida dos enfermeiros das equipas de saúde da família: A relação das variáveis sociodemográficas*, *Texto Contexto Enferm*, 19(3), 434-42.
- Gonçalves, J. (2008). *Percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.
- Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Kimura, M.; Carandina, D. (2009). *Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da qualidade de vida no trabalho de enfermeiros em hospitais*. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43, 1044-54.
- Marôco, J. (2010a). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Minayo, M.; Hartz, Z.; Buss, P. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1), 7 – 18.
- Moradi, T.; Maghaminejad, F.; Azizi-Fini, I. (2014). *Quality of working life of nurses and its related factors*. *Nurs Midwifery stud* 3(2).

Organização Mundial de Saúde (2012). Scoring and Coding for the WHOQOL-HIV Instruments. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77776/1/WHO_MSD_MER_Rev.2012.03_eng.pdf?ua=1

Pereira, É.; Teixeira, C.; Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, 26 (2), 241-50.

Rossi, A.; Perrewè, P.; Sauter, S.; Steven L. (2008). Stress e qualidade de vida no trabalho: Perspetivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas.

Serra, A. et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. Psiquiatria Clínica 27(1), 31-40.

QUESTIONÁRIO SOBRE A PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS NA ASSISTÊNCIA À VÍTIMA POR ENFERMEIROS (QPVAVE) DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA

Cristiana Isabel de Almeida Gomes⁽¹⁾; Francisco Corte-Real⁽²⁾; Manuel Chaves⁽³⁾



Resumo

O crime violento e traumas associados são entidades que envolvem a atuação de vários profissionais, incluindo os Enfermeiros. Estes têm como principal objetivo a assistência à vítima promovendo cuidados de saúde. Apesar desta vital prioridade, é importante que estes procedam à preservação dos vestígios forenses encontrados no corpo da vítima/agressor ou no local do crime, que mais tarde poderão ser alvo de prova pericial em Tribunal com relevância Médico-Legal. Tendo como ponto de partida o Princípio de Locard, que refere que “Todo o contacto deixa um vestígio” e na premissa de que os vestígios são frágeis e facilmente deterioráveis, percebemos que estes podem ser alterados ou perdidos durante a intervenção médica/enfermagem.

Após pesquisa bibliográfica, foi possível selecionar os procedimentos forenses relacionados com a criminalidade em Portugal. A versão final do Questionário sobre a Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) foi obtida após revisão por um painel de peritos e realização de um pré-teste.

Este instrumento de investigação tem como objetivo quantificar a perceção do conhecimento e executabilidade de procedimentos forenses nomeadamente sobre a preservação dos vestígios por Enfermeiros, permitindo avaliar a necessidade de sensibilização cognitiva e prática dos Enfermeiros para a preservação dos vestígios forenses.

Palavras-chave: Conhecimentos, práticas, preservação, vestígios, Enfermeiros, urgências.

Abstract

EVIDENCE PRESERVATION BY ER NURSES IN VICTIMS OF TRAUMA QUESTIONNAIRE

The violent crime and the associated traumas are entities that involve the performance of several professionals, including health professionals. The main objective of a nurse is to assist people through promotion of health care. Despite this vital priority, it is also important that they preserve the biological and non-biological evidence found in the body of the victim /offender or in the crime scene, which may later be identified as important evidence in a Medical-Legal relevance Court. This study was based on the Locard Principle, which states that “all contact leaves a evidence” and on the premise that the evidence are fragile and easily perishable and may be compromised or lost during the medical / nursing intervention.

After a bibliographic research, it was possible to select forensic procedures related to crime in Portugal. The final version of the Evidence preservation by Nurses in victims of trauma questionnaire, in Portuguese Questionário sobre a Preservação dos Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) was obtained after reviewed by a panel of experts and a pre-test.

This instrument aims to quantify the knowledge perception and executability of procedures regarding the preservation of the forensic evidence by Nurses from the Emergency/Urgency Department allowing evaluating the need for cognitive awareness and practice of nurses for the preservation of forensic evidence.

Keywords: Knowledge, practices, forensic evidence, Nurses, Urgency.

Resumen

CUESTIONARIO SOBRE LA PRESERVACIÓN DE VESTIGIOS EN ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS POR ENFERMEROS DE URGENCIA Y/O DE EMERGENCIA

El crimen violento y el trauma asociado son temas que implican el trabajo de muchos profesionales, incluyendo los enfermeros. Estos tienen como principal objetivo promover la asistencia a las víctimas a través de cuidados de salud. No obstante esta prioridad vital, es importante que también se proceda a la preservación de los vestigios forenses encontradas en el cuerpo de la víctima / agresor o de la escena del crimen, pues más tarde esta puede ser la prueba pericial en el Tribunal. Tomando como punto de partida el principio de Locard, que establece que “Cada contacto deja un rastro” y la premisa de que los vestigios forenses son frágiles y fácilmente deteriorables, nos damos cuenta que estos pueden ser cambiados o perdidos durante la intervención médica o de enfermería.

Después de una revisión bibliográfica, fue posible seleccionar los procedimientos forenses relacionados con el crimen en Portugal. Se obtuvo la versión final del “Cuestionario sobre la preservación de vestigios en asistencia a las víctimas por los enfermeros”, después de la revisión por un panel de expertos y la realización de una prueba previa.

Esta herramienta de investigación puede medir la percepción del conocimiento y aplicabilidad de los procedimientos forenses, en particular, en la preservación de los vestigios por los enfermeros. Puede así ser posible evaluar la necesidad de la formación académica y la cualidad práctica de los enfermeros para la preservación de estos vestigios.

Palabras clave: Conocimiento, prácticas, preservación, vestigios, enfermeros, urgencias.

Rececionado em janeiro 2017. Aceite em fevereiro 2017

⁽¹⁾ Enfermeira licenciada pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) e Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses pela Faculdade de Medicina de Coimbra (FMUC) email: investigacao.gomes@gmail.com

⁽²⁾ Doutor, Professor Associado com Agregação na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)

⁽³⁾ Mestre, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)

INTRODUÇÃO

As vítimas de crime de agressão voluntária ou involuntária são uma das preocupações da sociedade global que requerem um complemento de sistemas sociais que se relacionem tanto com os cuidados de saúde como com a lei, de modo a proporcionar o melhor resultado possível para o bem-estar com qualidade da Pessoa, da família e da sociedade (Lynch, 2006). Por conseguinte, os Serviços de Urgência e/ou Emergência, sendo considerados como porta de entrada para os Serviços de Saúde, devem ser capazes de providenciar assistência a estas vítimas cujo número de ocorrências tem vindo a aumentar ao longo dos anos (Lynch, 2006; Eldredge, 2008; Abdool & Brysiewicz, 2009). Como elementos ativos desta equipa multidisciplinar, os Enfermeiros são, muitas vezes, o primeiro profissional com quem as vítimas e os perpetradores se deparam quando se dirigem aos Serviços de Saúde (Silva, 2010). A American Nurses Association (ANA, 2015) e Eisert e colaboradores (2015) afirmam que, por vezes, na prática clínica todo o Enfermeiro pode se deparar com questões relacionadas com as Ciências Forenses. Por conseguinte, o conhecimento de como cuidar destas vítimas e perpetradores de violência é considerado um novo padrão de assistência ao utente (Sekula, 2005). Os profissionais de saúde que trabalham nos Serviços de Urgência e/ou Emergência, incluindo os Enfermeiros, têm como principal objetivo a assistência à pessoa prestando cuidados que visam a manutenção da vida e promoção da saúde. No entanto, por vezes, as condições para a recolha de vestígios forenses nem sempre são as ideais, e muitas vezes a primeira oportunidade para a recolha dessas provas ocorre em ambiente hospitalar, especialmente em contexto de urgência (Gonçalves, 2011). Neste sentido, apesar do seu principal objetivo, é também importante que estes procedam à identificação apropriada e correta preservação dos vestígios (biológicos e não biológicos) encontrados no

corpo da vítima/agressor ou no local do crime, que mais tarde poderão vir a ser alvo de prova pericial em Tribunal (McGillivray, 2005; Lynch, 2006; Eisert et al., 2015; Foresman-Capuzzi, 2014). Os vestígios são elementos essenciais para o sucesso de uma investigação criminal. Esta, visa descobrir a verdade, e o papel dos vestígios é decisivo para provar a culpa ou a inocência (Silva, 2010). No entanto, a integridade destes vestígios poderá ficar comprometida se a sua recolha e preservação não for devidamente efetuada, podendo levar à sua destruição ou contaminação. Mas para que tal não ocorra, é importante que todos os Enfermeiros (e outros profissionais de saúde) tenham formação sobre como colher e preservar os vestígios forenses (McGillivray, 2005). Torna-se, portanto, imperativo que os enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência tenham conhecimentos na identificação e preservação de vestígios forenses. A Enfermagem Forense surge como uma necessidade natural neste contexto. Em países como os Estados Unidos da América, Canadá, Inglaterra, Austrália e alguns países do Norte da Europa, a atuação do Enfermeiro Forense, de uma forma geral, inclui: o reconhecimento de utentes de risco para situações que envolvam Justiça; a identificação das necessidades bio-psico-sociais das vítimas, das suas famílias, da comunidade onde se inserem e ainda dos perpetradores; a recolha de vestígios; a planificação e o estabelecimento de objetivos neste campo de ação; a implementação de intervenções de Enfermagem e ainda a avaliação constante dos resultados obtidos (Silva, 2010). Apesar da premente necessidade de expandir o papel dos Enfermeiros de Urgência e Emergência ao incluir o crescente conhecimento forense, a recolha e preservação de vestígios permanece ainda como um desafio (Foresman-Capuzzi, 2014). Contrariamente ao que acontece em países como os supracitados, a Enfermagem Forense em Portugal é ainda pouco explorada, pois embora muitos Enfermeiros assistam

vítimas de violência, estes podem não possuir os conhecimentos mais adequados às necessidades reais destas (Gonçalves, 2011). Concomitantemente a esta problemática, pouco tem sido feito relativamente à standardização de procedimentos, verificando-se uma quase inexistência de protocolos nos Serviços de Urgência e/ou Emergência, destinados ao tratamento de vestígios forenses inerentes à assistência a vítimas de violência (Gonçalves, 2011). Relativamente a estudos portugueses sobre a recolha e preservação de vestígios por Enfermeiros na assistência à vítima verificamos que são ainda escassos revelando uma lacuna nesta área do conhecimento e prática clínica.

Este trabalho teve como objetivo desenvolver um instrumento de medida para quantificar a perceção do conhecimento e executabilidade de procedimentos de interesse forense nomeadamente sobre a preservação de vestígios para Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência de Portugal.

DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA

A Enfermagem

O saber que fundamenta o “cuidar” em Enfermagem tem raízes ancestrais baseado no senso comum, que ao longo de gerações tem vindo a ser (re)construído em diversos contextos e por atores distintos, encontrando-se atualmente mais próximo de um cuidar de características técnico intelectuais, essencialmente porque os atores desse mesmo cuidar transferem do conhecimento científico para a ação quotidiana os saberes que os definem como profissionais competentes em ação (Amendoeira, 2004).

Amendoeira (2006) refere que a Enfermagem é hoje uma disciplina com conhecimento em crescente consolidação, com investigação própria que cria, representa e aplica o conhecimento necessário à prática dos cuidados. Os progressos tecnológicos no campo da saúde têm sido grandes.

A complexidade dos cuidados de Enfermagem aumenta, a sociedade modifica-se, e a saúde é percecionada de uma forma holística. O grupo socioprofissional dos enfermeiros portugueses tem acompanhado esta evolução pelo que se instituiu um grupo de elevado nível de competência, quer no domínio técnico, científico, quer relacional e ético. Após um longo percurso, a Enfermagem é hoje indiscutivelmente um corpo de saberes com uma autonomia e um método de ensino-aprendizagem predisposto naturalmente a responder com elevada eficácia aos novos desafios da atualidade (Chaves, 2012).

Pires (2009) menciona que a Enfermagem enquanto disciplina do âmbito da ciência tem a responsabilidade de contribuir, permanentemente, com a produção de conhecimentos capazes de sustentar ações de cuidado culturalmente congruentes, tecnicamente competentes, moralmente aceitáveis e que contribuam para preservação da vida em sua plenitude nas diversas situações do processo de viver humano. No entanto, essa produção tem desafios científicos e políticos, destacando-se os limites disciplinares para dar conta da complexidade da vida em sociedade. Barreira e Baptista (2003) defendem que uma das maiores contribuições da História da Enfermagem é a formação crítico-reflexiva destes profissionais, capazes de pensar na Enfermagem inserida num campo de forças dinâmicas e contraditórias, que é passado, é presente e é também futuro.

As Ciências Forenses

As raízes das Ciências Forenses remontam na história até ao Antigo Egipto, que desenvolveu um sistema legal e judicial sendo depois adaptado pelos Gregos e pelos Romanos. Este sistema tinha, por base, leis que decretavam o “certo” e o “errado”, estando todos sob a alçada deste sistema, em igual por direito. Os alegados atos criminosos eram investigados antes de ser lida a sentença final (Bader & Gabriel, 2010).

A palavra forense vem do Latim *forum* que significa “mercado, local aberto, área pública”, aparentemente relacionada a *foris* que significa “fora” porque muitas vezes se situava no exterior do recinto de uma cidade. Ali, eram feitos julgamentos, de onde vem a aplicação de foro como “relativo aos tribunais e à Justiça”. Um dos exemplos mais clássicos nesta época pode-se encontrar numa das primeiras menções em relação à aplicação de conhecimentos médicos às questões legais. Na época da “res-pública” ou República Romana, anterior ao Império, o médico Antistius, por volta do ano 44 a.C., realizou o que se considera uma das primeiras autópsias com fins forenses: visava determinar qual das 23 facadas, de que padeceu Júlio César em pleno Senado, foi a que lhe provocou derradeiramente a morte (Silva, 2010).

No início do Século XX, Edmund Locard, Médico e Jurista Francês, estabeleceu um laboratório forense em Lyon. Locard era fascinado com o que ele denominava de “problema of dust” em como usar os vestígios para resolver crimes. Ele propõe um conceito conhecido como “Locard’s Theory” ou “Locard Exchange principle” em Português o “Princípio de Locard” ou o “princípio das trocas” que afirma que “todo o contacto deixa vestígios” e sempre que um alegado autor de um crime entra em contacto com uma vítima, um objeto ou a cena de crime, ele vai deixar para trás vestígios, assim como também irá levar consigo vestígios (Oliveira, 2010).

Apenas no século XX é que emergiram oficialmente as Ciências Forenses (Gomes, 2014). O termo forense passou a referir-se especificamente à profissão e ao estudo dos debates públicos, sendo agora, largamente associado ao campo científico que muitos dicionários passaram a equacionar a palavra forense como Ciências Forenses (Lynch, 2006). Esta nova definição evoluiu a partir da aplicação de duas vertentes - como elemento de prova legal e como uma categoria de apresentação pública, referindo-se a aplicação

de um amplo espectro da Ciência no intuito de esclarecer questões de interesse para os Tribunais.

A Enfermagem Forense

A Enfermagem Forense surge como uma ciência capaz de associar um vasto leque de conhecimentos, reforçando a capacidade de pensamento crítico e da tomada de decisão do Enfermeiro para a prática da Ciência Forense, nos demais variados ambientes como na assistência à vítima prestando cuidados de saúde, no tribunal como testemunha, na comunidade e na investigação criminal. Cabe ao Enfermeiro com competências pós-graduadas em Ciências Forenses a adaptação e execução de planos de cuidados de Enfermagem baseados nas condições definidas pelo sistema judicial, nomeadamente no que constitui um crime; na intenção para cometer o crime; no efeito do crime na vítima, no agressor, na família e nos membros da comunidade; na doença mental relacionada com as vítimas e para os delinquentes (Gomes, 2014).

Situações sociais problemáticas, como o aumento da violência, impreterivelmente desencadearam uma reação na classe de Enfermagem que instigam a procura de novas interpretações e novas linhas de pensamento e ação. Por lidarem todos os dias com a mudança, o princípio da interação social recíproca representa uma relação multifacetada entre a pessoa, a classe Médica, e todos os outros elementos da equipa multidisciplinar (como agentes da justiça, serviços sociais, autoridades legislativas, sistema judicial e prestadores de cuidados) (Gomes, 2014). Assim, a ciência da Enfermagem Forense e a sua perspetiva humanitária específica podem oferecer novas soluções para problemas que exigem uma abordagem multidisciplinar única.

Um dos objetivos da Enfermagem Forense e cerne de toda a investigação criminal é a verdade, pois é com esta que se justifica a própria metodologia objetiva das Ciências

Forenses facilitando a pesquisa coletiva por todos os intervenientes motivados pelo mesmo propósito.

A apresentação oficial da Enfermagem Forense ocorreu em 1986, por Virgínia Lynch na American Academy of Forensic Sciences (AAFS), no entanto, só em 1991, é que a Enfermagem Forense foi reconhecida como uma Ciência Forense pela AAFS (Gomes, 2014).

A teoria da Enfermagem Forense enquadra-se nas múltiplas dimensões do Ser Humano no que concerne aos cuidados da Enfermagem. Esta teoria destaca os aspetos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais (dinâmica bio-psico-Social) do Ser humano, associando-os às dimensões jurídicas, que são componentes essenciais na investigação forense do trauma (Gomes, 2014). A Enfermagem Forense é a única disciplina que integra a Ciência de Enfermagem com os princípios da Ciência Forense e Saúde Pública.

Os aspetos de uma teoria multidimensional como esta, são ativados na investigação das lesões decorrentes da agressão, de doenças, da morte ou de um crime social, fortalecendo a relevância para um modelo de prática integrada nas Ciências da Saúde e nas Ciências Forenses. Assim, segundo este modelo, a Enfermagem Forense não está limitada a um único contexto dentro da definição de um novo papel. Os novos conceitos estão integrados no modelo da prática integrada como a sociologia (impacto sociopolítico), a criminalidade (violência, crime, justiça criminal, sanções sociais e direitos/comportamento humano), a investigação clínica e criminal (forense e da ciência de Enfermagem) e a educação (de Enfermagem, Médico-Legal, e especialização em Médico-Legal) (Lynch, 2006).

Os vestígios forenses e as competências do Enfermeiro

O papel dinâmico do enfermeiro, em contexto forense, permite auxiliar os sistemas de saúde, sociais e legais clarificando algumas questões problemáticas, como o homicídio, suicídio, agressão sexual, abuso, negligência, agressão intencional e atos criminosos violentos que poderão levar ou não à morte da vítima. O Enfermeiro poderá atuar em determinados campos de ação desempenhando papéis específicos da Enfermagem Forense, por exemplo: examinar a vítima de abuso sexual; ser enfermeiro forense investigador; associar-se e assistir os médicos forenses no departamento legal; ser enfermeiro nos estabelecimentos prisionais; ser consultor nos aspetos forenses e legais; ser consultor como enfermeiro forense psiquiátrico (Gomes, 2014).

Na criação das competências do Enfermeiro em contexto forense é necessário ter em conta a melhoria da qualidade de prestação de cuidados de Enfermagem às vítimas de violência e trauma, que podem ter implicações legais. Estas competências visam a promoção da aquisição de conhecimentos necessários para a assistência da vítima de violência, assim como também o reconhecimento das habilitações técnico-profissionais para o exercício da Enfermagem Forense. A jurisdição destas competências nasce do estabelecimento de critérios científicos (exigindo uma formação padronizada) definidos pela IAFN (International Association of Forensic Nurses), pela Associação Portuguesa de Enfermagem Forense APEFORENSE (APEFORENSE, 2015) no documento “Regulamento das competências do Enfermeiro Forense” e pela Ordem dos Enfermeiros levando a uma melhoria contínua da qualidade de cuidados prestados à vítima. Esta atribuição requer qualificação, por parte dos enfermeiros, na assistência à vítima no âmbito forense, a nível hospitalar, pré-hospitalar e centros de saúde (Gomes, 2014).

Um dos grandes objetivos da ação do enfermeiro forense é identificar e recolher vestígios que tenham sido transferidos do agressor ou do local para a vítima. A Polícia Judiciária (PJ) efetua a recolha de vestígios do local do crime, enquanto os Enfermeiros forenses, podem, em determinadas circunstâncias, efetuar a recolha de vestígios da vítima (Gomes, 2014).

Frequentemente são os Enfermeiros os primeiros profissionais a contactar com os utentes que se dirigem aos mais variados serviços de saúde (Pyrek, 2006), tendo muitas vezes como porta de entrada os Serviços de Urgência (Silva, 2010). Neste sentido, também Lynch (2006) refere que o contexto de colheita dos vestígios forenses nem sempre é o ideal, e que muitas vezes a primeira oportunidade para a sua colheita ocorre em ambiente hospitalar, especialmente em contexto de urgência. Acrescenta ainda que os profissionais de saúde se encontram numa posição privilegiada que facilita e promove a identificação e recolha dos vestígios. É verdade que muitas vezes um Órgão de Polícia Criminal (OPC) pode encontrar-se presente no momento da recolha dos vestígios, mas outras vezes tal não acontece e caberá ao profissional de saúde proceder à sua preservação.

É por estas situações que os Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência devem possuir conhecimentos sobre como preservar os vestígios com potencial interesse forense. Como a intervenção forense tem início no local do crime, se um vestígio não for preservado, pouco pode ser feito no laboratório forense para o recuperar (Lynch, 2006).

Os casos médico-legais têm custos elevados na saúde, sendo uma carga enorme no sistema judicial de qualquer país (Lynch, 2006). Neste sentido, se na prestação dos cuidados de Enfermagem estiver presente uma formação contínua em ciências médico-legais e/ou forenses, este será um passo estratégico a adotar para terminar com o ciclo de violência e de crime numa dada comunidade ou

sociedade (Silva, 2010). Também Pyrek (2006) refere que na sua prática clínica, todos os enfermeiros encontram oportunidades para aplicar princípios próprios das Ciências Forenses, aliados às suas capacidades únicas de Enfermagem. Para tal, Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência devem apostar numa formação nesta área para poderem melhorar a qualidade dos cuidados que prestam diariamente, visando também a identificação, recolha e preservação dos vestígios forenses (Hammer et al., 2006; Lynch, 2006).

Neste sentido, pensamos ser pertinente desenvolver um instrumento de medida que permita quantificar a atual perceção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos dos Enfermeiros quanto à preservação dos vestígios forenses no exercício das suas funções, no intuito de identificar a sua real necessidade de intervenção formativa.

A Construção do “Questionário sobre a Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros” (QPVAVE)

De acordo com Fortin (2009) a elaboração de um questionário de medida exige uma “definição clara dos objetivos de estudo, um bom conhecimento do estado de investigação sobre o fenómeno considerado e uma ideia clara da natureza dos dados a recolher”, (p.381), segundo uma série de etapas. Assim sendo, tendo em conta a necessidade de quantificar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos forenses relativamente à preservação dos vestígios, pretendeu-se elaborar uma lista dos tipos ou das categorias de informação que permitem atingir o objetivo esperado. Nesta lista deve ser indicado o número aproximado de questões correspondentes a cada categoria, sendo que as categorias representam os temas principais sobre os quais a informação deverá incidir.

Uma vez que a literatura sobre a temática é predominantemente estrangeira, sentimos a necessidade de contextualizar a temática

quanto à criminalidade portuguesa.

Segundo Lourenço e Lisboa (1996) as estatísticas da criminalidade podem refletir a capacidade do Estado para repreender os atos tidos como transgressores ao sistema jurídico-legal e seus aos respetivos Códigos. No entanto, estas estatísticas poderão não reproduzir a criminalidade real. Por criminalidade real entende-se um conjunto de comportamentos tidos como infratores à lei vigente, sejam ou não denunciados, investigados ou julgados. Tendencialmente, o que se conhece é a criminalidade aparente ou participada, que consiste apenas nos crimes que são participados às autoridades policiais ou são do seu conhecimento.

O Sistema de Segurança Interna (SSI, 2014) elaborou o Relatório Anual de Segurança Interna (RASI) de 2013, onde se verifica que os OPC de competência genérica (GNR, PSP e PJ) registaram 368.452 participações de natureza criminal, menos 27.375 casos quando comparados com 2012 (menos 6.9%).

Segundo o SSI, em 2013, a tipologia da criminalidade em Portugal foi diversificada, no entanto, é pertinente salientar os crimes de ofensa à integridade física voluntária simples com 25.048 participações, os crimes de Violência Doméstica contra cônjuge ou análogo com 22.928 participações (mais 681 participações, o que corresponde a um aumento de 3, 1% face a 2012) e outros danos com 18.150 participações.

Quanto à criminalidade violenta e grave (CVG), em 2013, foram registadas 20.147 participações a nível nacional (menos 9,5% face a 2012, posicionando-se mesmo abaixo da média dos últimos 11 anos), sendo esta assim nomeada pela sua violência física e/ou psicológica causando maior sofrimento de insegurança. Nesta enquadra-se o

homicídio voluntário consumado (116 participações, menos 22,1% face a 2012), ofensa à integridade física voluntária grave (579 participações, menos 17,4% face a 2012) e violação (344 participações, menos 8,3%

face a 2012).

O principal instrumento utilizado na perpetração deste crime foi a arma de fogo (24,0%), seguindo-se a arma branca (20,7%). Foi também utilizado neste contexto criminal a força física com 4,7%, um instrumento de trabalho com 4%, e veneno ou outro produto químico com 2%.

Segundo a Lei nº 5/2006 de 23 de fevereiro, artigo 2, alínea o) entende-se por arma de fogo “todo o engenho ou mecanismo portátil destinado a provocar a deflagração de uma carga propulsora geradora de uma massa de gases cuja expansão impele um ou mais projéteis”. Segundo a lei supracitada, no artigo 2, alínea I) entende-se como armas brancas “Todo o objeto ou instrumento portátil dotado de uma lâmina ou outra superfície cortante ou perfurante de comprimento igual ou superior a 10 cm ou com parte corto-contundente, bem como destinado a lançar lâminas, flechas ou virotões, independentemente das suas dimensões”.

Quanto aos crimes sexuais (detidos e arguidos), verificou-se maioritariamente o abuso sexual de menores com 1.227 inquéritos (iniciados em 2013), a violação com 473 inquéritos, os atos sexuais com adolescentes com 161 inquéritos, a pornografia de menores com 94 inquéritos e o abuso sexual de pessoa incapaz de resistência com 88 inquéritos. Os crimes sexuais são descritos no Código Penal Português, no Título I, Capítulo V dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, dos artigos 163º até ao artigo 179º.

Em 2013, segundo o SSI, em Portugal, quanto aos crimes rodoviários, verificou-se a mais baixa taxa de sinistralidade rodoviária das últimas décadas, registando um decréscimo de 10,8% de participações (menos 4.635 do que em 2012). No entanto, salienta-se o aumento de 0,9% em acidentes quando comparado com 2012 (+1.091 acidentes). O número de mortes diminuiu cerca de 7,7% (menos 45 vítimas mortais) verificando-se 539 vítimas mortais, assim como também diminuiu o número de

feridos graves em cerca de 0, 7% (menos 256 feridos graves). Especificando os crimes rodoviários, salienta-se o homicídio por negligência em acidente de viação com 408 participações, a condução de veículos com taxa de álcool no sangue igual ou superior a 1, 2g/l com 24.607 participações e os crimes de ofensa à integridade física por negligência em acidente de viação com 909 participações.

Cruzando a realidade epidemiológica dos crimes em Portugal e segundo a literatura consultada Lynch (2006); Hammer e colaboradores (2006); Bader e Gabriel (2010) e Gomes, (2014) definiram-se então oito categorias principais, a saber: Gestão de vestígios, Agressão sexual, Lesões, Arma branca, Arma de fogo, Acidentes de viação, Intoxicações e Asfixias. Esta categorização foi elaborada com intuito de manter a fácil leitura do questionário e a sua compreensão, assim como precisar as questões do mesmo enquadrando-as num contexto específico de assistência à vítima. De notar que, as categorias “Gestão de vestígios” e “Lesões” por se referirem a questões do foro geral, que podem perfeitamente enquadrar-se a qualquer uma das outras categorias, e para evitar a repetição desnecessária de informação, merecem ser destacadas também como categorias. Segundo Magalhães, Corte Real e Vieira (2013), por gestão de vestígios entende-se “procedimentos relativos à sua seleção, colheita, acondicionamento, transporte, armazenamento e conservação, até ao processamento laboratorial final”.

Preconizou-se que a leitura das questões de cada categoria deveria iniciar-se por um enunciado geral que situasse o Enfermeiro no contexto específico a analisar, sendo o enunciado o seguinte “Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Urgência e/ou Emergência devo (...) ” seguida da leitura de cada questão. Ressalva-se que este enunciado incluiu o contato quer com a vítima quer com o agressor, alargando a possibilidade

de qualquer contato com vestígios de interesse forense, visando a sua preservação.

Na fundamentação e seleção das questões encontra-se uma vasta e profunda pesquisa bibliográfica, a adequação ao perfil atual das competências do Enfermeiro Português e aos recursos materiais disponíveis no Serviço de Urgência e/ou Emergência dos hospitais Portugueses.

São questões fechadas, claras e concisas com clarificação de termos técnicos, sem dupla negação que serão denominadas quer no questionário quer no presente artigo daqui em diante por procedimentos, uma vez que na sua essência é disso que se trata.

Para a categoria “Gestão de vestígios” foram então selecionados 20 procedimentos; para a categoria “Agressão sexual” 9 procedimentos; para a categoria “Lesões” 6 procedimentos; para a categoria “Arma branca” 8 procedimentos; para a categoria “Arma de fogo” 14 procedimentos; para a categoria “Acidentes de viação” 7 procedimentos; para a categoria “Intoxicações” 9 procedimentos; e para a categoria “Asfixias” 13 procedimentos, sendo um total de 86 procedimentos.

Quanto ao tipo de respostas pretendido, preconizou-se respostas de escolha múltipla, devendo excluir-se mutuamente e colocadas numa ordem lógica (Fortin, 2009). Assim sendo, para avaliar a “Executabilidade” e a “Perceção do conhecimento” de cada procedimento em cada categoria, elaborou-se uma escala nominal de fácil codificação prevendo uma rápida e pouco dispendiosa análise e o seu tratamento estatístico.

Especificamente para a executabilidade, definiu-se as seguintes opções: “Já executei”, “Nunca executei” ou “Não se aplica” e para a perceção do conhecimento: “Desconhecia”, “Conhecia vagamente” ou “Conhecia com rigor”. De notar que são escalas bipolares cujos extremos são enunciados opostos. A utilização de número ímpar de opções de escolha múltipla não é unânime entre os especialistas (Fortin, 2009), pelo que para evitar a “escolha forçada

das respostas” mantivemos uma opção neutra pela qual o Enfermeiro se poderá identificar.

Concomitantemente, foi também elaborada uma secção com instruções de preenchimento do questionário para clarificar a sua compreensão e modo de leitura, interpretação e resposta.

De notar que o questionário per si inicia-se com a colheita de dados pessoais/ académico/ profissionais, precedentes à colheita de dados referentes às categorias e seus procedimentos supracitados. Nesta secção pretendemos saber o sexo, a idade, as habilitações académicas e formação em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses, a categoria profissional, o tempo de exercício da profissão de Enfermagem, o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, a frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária, que tipo de vítimas assiste tendo as conta as categorias analisados no questionário, e a existência de protocolo no serviço onde exerce funções.

Após estas etapas surgiu então o esboço do “Questionário sobre a Preservação de Vestígios de Assistência à Vítima por Enfermeiros”, O QPVAVE.

De acordo com Fortin (2009), submeteu-se o esboço do QPVAVE à revisão e apreciação por “peritos na matéria”, (p.386). Para tal foram seleccionados peritos na área da Enfermagem e na área da Medicina Legal e Ciências Forenses, tendo sido efetuadas as alterações propostas por este painel de peritos.

Finda a primeira revisão, efetuou-se um pré-teste junto de um grupo de elementos que possui as características dos elementos da população alvo. O pré-teste é uma prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo. Permite descobrir, segundo Fortin (2009), os “defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem e convidar o entrevistador a formular críticas e sugestões”, (p.386). Para tal redigimos um guião de avaliação. Após análise das sugestões

fornecidas por este grupo e reformulação do esboço do QPVAVE foi possível então elaborar a versão final do QPVAVE, cujo tempo de resposta expectável deve ser de 20 minutos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crime violento flagela a nossa sociedade e, como resultado, o sistema de saúde. À medida que as vítimas de violência recorrem aos Serviços de Urgência e/ou Emergência, os profissionais de saúde, e em especial os Enfermeiros, têm a oportunidade única de executar procedimentos que visam preservar os vestígios forenses. Para que tal possa ocorrer, estes têm que possuir um conhecimento rigoroso na área das Ciências forense e/ou Medicina Legal através de uma formação sólida sobre como os vestígios podem ser contaminados ou mesmo destruídos durante a assistência à vítima e quais os procedimentos, intrínsecos à prestação de cuidados, a adotar para garantir a sua preservação.

O conhecimento e a executabilidade destes procedimentos, ambos com rigor, devem caminhar lado a lado. O caminho para se atingir a excelência pode ser tanto sinuoso como trabalhoso, mas o seu primeiro passo passará sempre pela identificação das lacunas e desenvolver estratégias para as ultrapassar.

De notar que, o QPVAVE foi desenvolvido de raiz, preconizado para avaliar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos Enfermeiros sobre a preservação de vestígios na assistência à vítima em serviços de Urgência e/ou Emergência no âmbito de uma dissertação de mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses pelo que, no futuro será necessário realizar testes paramétricos/não paramétricos para validação do instrumento, e confirmar a confiabilidade deste, para poder ser usado em larga escala. No entanto, este instrumento de medida pode ser aplicado para realizar uma avaliação inicial dos Enfermeiros no que se refere aos seus conhecimentos e práticas em contexto forense nomeadamente

quanto à preservação de vestígios, no Serviço de Urgência e/ou Emergência, sob a forma de uma check list, sendo este um dos contributos deste estudo.

NOTA:

Para obter os direitos de aplicação e de referenciação do QPVAVE em futuras investigações contacte:

Cristiana Gomes (autora principal)

Via correio eletrónico: investigacao.cgomes@gmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABDOOL, Nomusa N.T. & BRYSIEWICZ, Petra - A description of the forensic nursing role in emergency department in Durban, South Africa. *Journal of Emergency Nursing* Doi: 10.1016/j.jen.2008.02.003. (2009). Vol. 35 no 1. p. 16–21.

AMENDOEIRA, José - Entre Preparar Enfermeiros e Educar em Enfermagem uma Transição Inacabada. 1950-2003. Um contributo sócio-histórico. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova. 2004. Tese de Doutoramento.

AMENDOEIRA, José - Uma biografia partilhada da enfermagem: A segunda metade do século XX. Coimbra: Formasau, 2006.

ANA - Forensic Nursing: Scope and Standards of Practice. American Nurses Association International Association of Forensic Nurses, Silver Spring, 2015.MD: Nursesbooks.org., p. 107. ISBN: 978-1-55810-329-0.

APEFORENSE - Regulamento das competências do Enfermeiro Forense. [Em linha] Associação Portuguesa de Enfermagem Forense. 2015. [Consult. 15 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <http://pt.slideshare.net/apeforense/competencias-do-enfermeiroforense>.

BADER, Donna Garbacz & GABRIEL, Sue - Forensic Nursing. In Bader & Gabriel (eds.) “Forensic Nursing: a concise manual”.

CRC Press. Taylor & Francis Group. 2010. ISBN: 978-4200-6730-9. p. 1–9.

BARREIRA, Ieda de Alencar & BAPTISTA, Suely de Souza - O Movimento de Reconsideração do Ensino e da Pesquisa em História da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* (2003). V. 56, no 6, p. 702–706.

CHAVES, Manuel - O Ensino da Enfermagem: de Nightingale a Bolonha. In: RODRIGUES, Manuel Alves & BENTO, Maria da Conceição (Eds.) – “Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde: Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos”. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, 2012. ISBN: 978-989-97031-0-0.

DIÁRIO DA REPÚBLICA - Código Penal Português. Lei nº 110/2015, de 26 de agosto.

DIÁRIO DA REPÚBLICA - Novo Regime Jurídico das Armas e suas Munições. Lei nº 5/2006 de 23 de Fevereiro, 39, Série I-A, p.1–48.

EISERT, [et al.] - Development of Forensic Evidence. Collection Guidelines for the Emergency Department. *Crit Care Nurs Q.* (2015) Vol. 33, No. 2., p. 190–199.

ELDREDGE, Kelli - Assessment of trauma nurse knowledge related to forensic practice. *Journal of Forensic Nursing; International Association of Forensic Nurses.* Doi: 10.1111/j.1939-3938.2008.00027.x. (2008) p. 157–165.

FORESMAN-CAPUZZI, Joyce - CSI & U: Collection and preservation of evidence in the emergency department. *Emergency Nurses Association, Elsevier Inc. J Emerg Nurs.* Doi: 0099-1767/\$36.00. (2014) Vol. 40 - ISSUE 3, p. 229–236.

FORTIN, Marie-Fabienne - Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

GOMES, Albino - Enfermagem Forense. Lidel, 2014. ISBN: 9789897520600.

GONÇALVES, Susana Isabel Fernandes - Vivências dos Enfermeiros na Manutenção de Provas Forenses no Serviço de Emergência. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade. 2011. Dissertação de Mestrado.

HAMMER, [et al.] - Forensic Fursing: A Handbook for Practice. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006. p. 1–879.

LOURENÇO, Nelson & LISBOA, Manuel - Violência, Criminalidade e Sentimento de Insegurança. Centro de Estudos Judiciários. 1996.

LYNCH, Virgínia A. - Forensic Nursing Science. In: LYNCH & DUVAL (eds) - “Forensic Nursing Science”. Elsevier, Mosby, 2006. ISBN: 978-0-323-06637-2. p. 1-19.

MAGALHÃES, Teresa; CORTE-REAL, Francisco & VIEIRA, Duarte Nuno - Gestão de vestígios forenses. Abuso & Negligência, Maia: SpeCan, 2013. ISBN: 978-989-97275-1-9. p. 175-196.

MCGILLIVRAY, Bree - The role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidence: a review of the literature. Accident and Emergency Nursing, Elsevier Ltd., Doi:10.1016/j.aen.2004.09.001 (2005). Vol.13. p. 95–100.

OLIVEIRA, Fernando José Xavier Marques - A Polícia Judiciária e a recolha de prova. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique. 2010. Dissertação de Mestrado.

PIRES, Denise - A Enfermagem Enquanto Disciplina, Profissão e Trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem (2009) V. 62, nº 5, p.739–744.

PYREK - Forensic Nursing. 2006. p. 1–664.

SEKULA, L. S. - The advance practice forensic nurse in the emergency department. Topics in Emergency Medicine (2005) Vol.27, nº 1, p. 5-14.

SILVA, Cristina José Diogo Catanho - Os Enfermeiros e a Preservação de Vestígios Perante Vítimas de Agressão Sexual, no Serviço de Urgência. Porto: Instituto de

Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade. 2010. Dissertação de Mestrado.

SSI - Relatório Anual de Segurança Interna de 2013. Sistema de segurança interna. Gabinete do secretário-geral. 2014.

EVOLUÇÃO E DESTINO DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO: ESTUDO LONGITUDINAL

Fernando Alberto Soares Petronilho⁽¹⁾; Filipe Miguel Soares Pereira⁽²⁾; Abel Avelino de Paiva e Silva⁽³⁾



Resumo

Objetivos: 1) conhecer o destino dos dependentes desde o momento da alta hospitalar até ao 3º mês após a alta hospitalar; 2) conhecer a evolução do nível de dependência no autocuidado nos grandes dependentes entre o momento anterior ao episódio de internamento hospitalar e o 3º mês após a alta clínica e, 3) conhecer a evolução do nível de dependência nos doentes avaliados como grandes dependentes e nos doentes avaliados como autónomos anterior ao internamento hospitalar. **Material e métodos:** optou-se por uma abordagem quantitativa de natureza descritiva, exploratória e de perfil longitudinal. A amostra é de conveniência, constituída por 273 dependentes internados em 6 hospitais da região Minho de Portugal. Aplicado o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”. **Resultados:** A maioria dos dependentes regressou ao domicílio. No global, existiu agravamento no nível de dependência, verificando-se diferenças nesta evolução entre os grandes dependentes e os autónomos. **Conclusão:** parte significativa dos dependentes no domicílio são grandes dependentes, em que as suas necessidades se revestem de grande complexidade e grande intensidade de cuidados, apontando, deste modo, para a importância dos cuidados de enfermagem prestados em tempo útil, de forma sistematizada e em parceria com as famílias, facilitadores das transições saudáveis.

Palavras-chave: Autocuidado, dependência, destino, transição, estudo longitudinal

Abstract

EVOLUTION AND DESTINATION OF PEOPLE DEPENDENT IN SELF-CARE: A LONGITUDINAL STUDY

Aims: to know the destination of dependent patients since hospital discharge up to 3 months after discharge; know the evolution of the dependence level in self-care in big dependents between the time preceding the hospitalization episode and the 3rd month after discharge and know the evolution of the dependence level in patients assessed as big dependents and autonomous before hospitalization. **Material and methods:** we choose a quantitative and longitudinal approach, of descriptive and exploratory nature. A convenience sample constituted by 273 dependents admitted to 6 hospitals in the Minho region of Portugal, between July and December 2010. Applied the form “Families with dependent members in self-care”. **Results:** Most dependents return home. Overall, there was a worsening in the dependence level but there were differences in this evolution between the group of the big dependents and the autonomous group. **Conclusion:** Significant part of the dependents at home are large dependents, in which their needs are of great complexity and great intensity of care, thus pointing to the importance of nursing care provided in a timely manner, in a systematized way and in partnership with Families, facilitators of healthy transitions.

Keywords: Self-care, dependence, destination, transition, longitudinal study

Resumen

LA EVOLUCIÓN Y EL DESTINO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN EL AUTOCUIDADO: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

Objetivos: conocer el destino de los dependientes desde el momento de alta hospitalaria hasta el tercer mes después de alta clínica; conocer la evolución de la dependencia en el auto cuidado de los grandes dependientes entre el momento anterior al internamiento hospitalario y el tercer mes después del alta clínica y conocer la evolución de la dependencia en los enfermos evaluados como grandes dependientes y autónomos, anterior al internamiento hospitalario. **Material y métodos:** la optativa es una abordaje cuantitativo, descriptiva, exploratoria y perfil longitudinal. La muestra de convivencia es constituída por 273 dependientes internados en 6 hospitales de la región Minho de Portugal, entre Julio y Diciembre de 2010. Aplicado el formulario “Famílias que integran dependientes en el auto cuidado”. **Resultados:** La mayoría de los dependientes vuelve a su domicilio. En general, hay agravamientos al nivel de dependencia, se verifican diferencias en esta evolución en los grandes dependientes y en los autónomos. **Conclusión:** proporción significativa de los dependientes en el domicilio son grandes dependientes, donde sus necesidades son de gran complejidad y cuidados intensivos, lo que apunta la importancia de los cuidados de enfermería a su debido tiempo, de una manera sistemática y en colaboración con familias, facilitadores de transiciones saludables.

Palabras clave: Autocuidado, dependencia, destino, transición, estudio longitudinal

Rececionado em janeiro 2017. Aceite em fevereiro 2017

⁽¹⁾ Doutor em Enfermagem, Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, email: fpetronilho@ese.uminho.pt

⁽²⁾ Doutor em Ciências de Enfermagem, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto

⁽³⁾ Doutor em Ciências de Enfermagem, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto

INTRODUÇÃO

Em Portugal, estima-se que haverá cerca de 110 mil pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que cerca de 48 mil serão pessoas dependentes “acamadas”(1). É conhecido que o envelhecimento da população nos países mais desenvolvidos, a crescente prevalência das doenças crónicas e o conseqüente aumento de pessoas em situação de dependência no autocuidado, têm tido um impacto significativo no sistema financeiro, no modelo de organização das famílias e no sistema de fornecimento de cuidados de saúde e apoio social.

A investigação que apresentamos reporta-se ao fenómeno do autocuidado como elemento básico da saúde dos cidadãos. É parte integrante de um percurso de doutoramento em enfermagem denominado “A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador”. Neste contexto, este estudo tem como objetivos conhecer o destino das pessoas dependentes no autocuidado após a alta hospitalar e conhecer a evolução do nível de dependência no autocuidado até três meses após a alta hospitalar.

PROBLEMÁTICA E CONCEITOS CENTRAIS

Em Portugal, estima-se que haverá cerca de 110 mil pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que cerca de 48 mil serão pessoas dependentes “acamadas”(1). É conhecido que o envelhecimento da população nos países mais desenvolvidos, a crescente prevalência das doenças crónicas e o conseqüente aumento de pessoas em situação de dependência no autocuidado, têm tido um impacto significativo no sistema financeiro, no modelo de organização das famílias e no sistema de fornecimento de cuidados de saúde e apoio social.

O estado português, com o objetivo de assegurar respostas mais adequadas às novas necessidades de saúde e sociais associadas ao fenómeno do envelhecimento da população e o conseqüente aumento de pessoas em situação de dependência, cria, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (2). Significa, pois, que a criação da RNCCI assume social e politicamente o autocuidado como o elemento mais relevante da saúde dos cidadãos - “1- Constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem na situação de dependência” (art. 4º) (2). No essencial, a RNCCI inclui unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, apoio social, cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade. Abrange, ainda, os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais. As tipologias de internamento da RNCCI são asseguradas por: i) unidades de convalescença (UC), com internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos; ii) unidades de média duração e reabilitação (UMDR), com internamentos com previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos; iii) unidades de longa duração e manutenção (ULDm) com internamentos superiores a 90 dias consecutivos) e; iv) unidades de cuidados paliativos (UCP).

O autocuidado é definido como a capacidade do indivíduo em se manter e lidar com as suas necessidades individuais básicas e íntimas, bem como as atividades de vida diária(3). A dependência refere-se à necessidade de ajuda ou apoio de alguém (ex., profissionais de saúde, familiares, amigos, vizinhos) ou de alguma coisa (ex., ajudas técnicas)(3). Assim, o autocuidado, como fenómeno multidimensional, refere-se à prática de atividades que os indivíduos executam em seu próprio proveito com o objetivo de manutenção da vida, da saúde e

do bem-estar(4-8). O déficit de autocuidado estabelece a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado. Este conceito é orientador da prática clínica, permitindo a adequação dos métodos de auxílio e a compreensão do papel dos indivíduos dependentes em relação ao autocuidado(4). Perante a avaliação deste déficit de autocuidado, o enfermeiro planeia e ajusta a sua intervenção, uma vez que esta ocorre quando as necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de realizar o autocuidado por parte do indivíduo. A intervenção do enfermeiro na satisfação das necessidades de autocuidado é, deste modo, realizada de forma terapêutica, como resultado da incapacidade do indivíduo em determinar ou executar as necessidades de autocuidado. É nesta perspetiva que o autocuidado se torna relevante para o domínio da enfermagem(4).

Estudos nacionais centrados no fenómeno do envelhecimento/autocuidado apontam para a necessidade de mais investigação, permitindo um melhor aprofundamento das suas dimensões numa perspetiva que seja clinicamente mais relevante para os cuidados de enfermagem(1,9-10). O conceito de autocuidado aparece amplamente na literatura científica mas, em grande medida, associado à capacidade dos indivíduos para gerir o regime terapêutico (self-management)(5-8,10). Assim, fundamentalmente, surge relacionado com a necessidade de gerir o regime medicamentoso prescrito, a necessidade do planeamento de uma dieta adequada e a capacidade para identificar e gerir os sinais e sintomas das doenças, sobretudo crónicas, com vista a prevenir complicações. Significa, pois, que o conceito de autocuidado, na perspetiva do nível de dependência (ex., alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal, arranjar-se, uso do sanitário, andar, transferir-se, virar-se) é um fenómeno da saúde insuficientemente explorado na investigação e, concretamente, na investigação em enfermagem(10). Em paralelo, pode verificar-se que os estudos de

perfil longitudinal em torno da problemática da transição da pessoa associada à dependência no autocuidado são ainda escassos(10). Outro dos aspetos importantes que resultaram desta investigação, centra-se na evidente variabilidade das respostas humanas às transições ao longo do ciclo de vida, em que a variável tempo é muito determinante(11). Estas respostas, estão associadas à condição de saúde individual, fatores culturais, espirituais, demográficos, processos familiares, mas, igualmente, aos recursos de saúde e sociais disponíveis(4,10-11). Assim, os recursos tornam-se muito determinantes para a qualidade das transições(11), o que justifica a realização de estudos mais alargados no espaço temporal. A transição é definida como a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, incorporando os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo significa que é um fenómeno em curso, no entanto, limitado e a perceção reporta-se ao significado da transição para o indivíduo que a experimenta (11).

Objetivos do estudo

A investigação que apresentamos diz respeito a uma dimensão em estudo que é integrante de um percurso de doutoramento em enfermagem denominado “A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador”. Neste artigo são apresentados os resultados relativamente ao destino dos dependentes e à evolução do nível de dependência no autocuidado até três meses após a alta hospitalar. Tem como finalidade caracterizar a evolução do nível de dependência no autocuidado, dando um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, definimos os seguintes objetivos:

- Conhecer o destino dos dependentes desde o momento da alta hospitalar até ao 3º mês após a alta clínica;

- Conhecer a evolução do nível de dependência no autocuidado nos grandes dependentes entre o momento anterior ao episódio de internamento hospitalar e o 3º mês após a alta clínica;

- Conhecer a evolução do nível de dependência no autocuidado nos doentes avaliados como grandes dependentes e nos autónomos, anterior ao internamento hospitalar.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

Optou-se por uma abordagem quantitativa de natureza descritiva, exploratória e de perfil longitudinal.

Contexto do estudo

O Estudo foi desenvolvido em contexto hospitalar, comunitário e familiar, na região Minho de Portugal. Procedeu-se a 3 momentos de avaliação em relação ao tipo e nível de dependência: 1) anterior ao episódio de internamento hospitalar (M-1); 2) no momento da alta hospitalar (M0) e 3) 3 meses após a alta hospitalar (M3).

População e amostra

A população do estudo foi constituída por pessoas dependentes no autocuidado internadas em 10 unidades de cuidados selecionadas para a investigação, a partir de 6 hospitais da região Minho de Portugal. Assim, tratou-se de uma amostra não probabilística e de conveniência, constituída pelos dependentes que foram identificados para participar no estudo à medida que decorria o seu internamento hospitalar e verificados os critérios de inclusão. No total, a amostra foi constituída por 273 pessoas dependentes no autocuidado. Os critérios de inclusão estabelecidos foram os seguintes:

- Pessoas dependentes em pelo menos um (1) tipo do autocuidado no momento da alta hospitalar (ex., tomar banho; alimentar-se; transferir-se; tomar a medicação);

- Pessoas dependentes com idade igual ou superior a 18 anos;

Instrumento de colheita de dados

O formulário aplicado na colheita de dados nos 3 momentos de avaliação do estudo – “Famílias que integram dependentes no autocuidado” (Escola Superior de Enfermagem do Porto) - é um instrumento com uma abordagem multidimensional do fenómeno do autocuidado e que permite caracterizar: i) tipo e nível de dependência no autocuidado; ii) compromisso nos processos corporais (funções fisiológicas) do dependente (ex. presença de úlceras de pressão, quedas, compromisso respiratório, presença de rigidez articular); iii) perfil do familiar cuidador para tomar conta, caracterizando o grau de perceção de autoeficácia relativamente aos cuidados a assegurar, a intensidade de cuidados a assegurar e o nível de incentivo à autonomia do dependente; por último, iv) recursos disponíveis, caracterizando as ajudas técnicas, os recursos financeiros e o suporte da rede formal e informal disponíveis.

No entanto, tendo em conta os objetivos do estudo, iremos reportar-nos à dimensão tipo e nível de dependência no autocuidado. Apresenta uma escala global que inclui um conjunto de 11 subescalas que discriminam 11 domínios (tipos) do autocuidado definidos com recurso à CIPE Versão 1,0(3). São exemplos: “tomar banho”, “alimentar-se”, “andar”, “transferir-se”, “tomar a medicação”. Para cada domínio do autocuidado, a caracterização do nível de dependência procede-se pela avaliação de um conjunto de indicadores específicos que compõem cada domínio, de acordo com uma escala de Likert de 4 pontos: a) “Dependente não participa” (score 1); b) “Necessita de ajuda de pessoas” (score 2); c) “Necessita de ajuda de equipamentos” (score

3) e; d) “Completamente independente” (score 4).

Foram classificados como grandes dependentes os doentes cuja avaliação do nível de dependência global corresponde a “dependente não participa” (score 1) ou “necessita de ajuda de pessoas” (score 2). Em paralelo, foram classificados como autónomos, os doentes cuja avaliação do nível de dependência global corresponde a “Necessita de ajuda de equipamentos” (score 3) ou “Completamente independente” (score 4).

A avaliação referente ao momento anterior ao internamento hospitalar e ao momento da alta hospitalar (M-1 e M0) foi efetuada com a colaboração da equipa de enfermagem das unidades de internamento onde se encontravam os dependentes. A recolha de dados ao 3º mês após a alta clínica (M3) ocorreu em contexto comunitário e familiar e realizada presencialmente pelo investigador principal.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao programa IBM SPSS, versão 18,0 e explorados através de estatística descritiva e inferencial.

Considerações éticas

Foram garantidos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação. Obtivemos a autorização para a realização da investigação pelas Comissões de Ética/Conselhos de Administração dos hospitais envolvidos no estudo (Comunicação Nº 14/CES de 05/05/2009 e 95CA/14 de 23/06/2009), assim como, o consentimento livre e informado dos dependentes ou dos familiares cuidadores (caso os dependentes apresentassem compromisso cognitivo) que se mostraram disponíveis para participar no estudo.

RESULTADOS

Caraterização sociodemográfica dos dependentes

Dos 273 dependentes que participaram na investigação, a maioria é do sexo feminino (54,5%), casados (50,8%), embora com um número significativo de viúvos (43,6,5%). Têm, em média, 77,3 anos, são de nacionalidade portuguesa e a maioria é analfabeta (54,6%) ou possui o 1º ciclo (38,3%). Relativamente à condição laboral, um número muito significativo é pensionista/reformado (86,8%) tal como era expectável face à sua faixa etária. A causa que originou a dependência, na maioria dos casos, foi a doença aguda (52,5%), apesar de ter sido identificado um número significativo de dependentes em que o motivo foi a doença crónica (30,7%). Na maioria dos casos (58%) a instalação da dependência ocorreu de forma súbita; o tempo de dependência é, em média, de 3,7 anos, com cerca de 1/3 da amostra dependente há menos de 1 ano (30,8%).

Destino dos dependentes no momento da alta hospitalar e ao 3º mês após a alta clínica

A Tabela 1 mostra-nos o(s) destino(s) dos 273 dependentes que constitui a amostra no momento da alta hospitalar (M0) e ao 3º mês após a alta clínica (M3). Verificou-se que o número de casos sofreu uma redução significativa entre os dois momentos de avaliação do estudo, de 273 para 162 casos, representando uma diminuição de cerca de 40, 7%. Esta diminuição do número de casos deve-se ao número significativo de óbitos registados (33,7%) e pela impossibilidade de contacto com as famílias (7%) ao longo dos três meses do estudo após a alta hospitalar.

Em relação ao destino dos dependentes no momento da alta hospitalar (M0), observa-se que a maioria (58,6%) regressou ao domicílio e 28,2% são referenciados para a RNCCI. Uma parcela menos significativa, no momento da alta hospitalar, teve como destino os lares de idosos e as famílias de acolhimento (13,2%).

Tabela 1 – Distribuição dos dependentes pelo destino no momento da alta hospitalar (M0) e no 3º mês após a alta hospitalar (M3)

Destino dos dependentes N		Momento da alta hospitalar (M0)		3º mês após a alta hospitalar (M3)	
		%	N	%	N
RNCCI	UC	24	8,8	0	0,0
	UMDR	23	8,4	2	0,7
	ULDM	26	9,5	9	3,3
	UCP	4	1,4	0	0,0
Domicílio		160	58,6	123	45,1
Lares de idosos		26	9,5	18	6,6
Famílias de acolhimento		10	3,7	5	1,8
Reinternados no hospital		-	-	5	1,8
Óbitos		-	-	92	33,7
Não contactáveis		-	-	19	7,0
Total		273	100,0	273	100,0

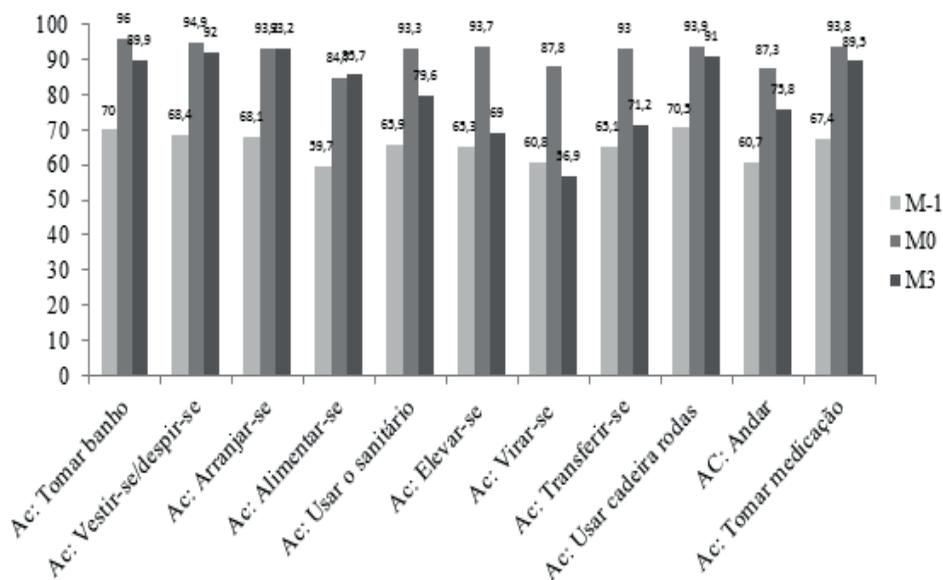


Gráfico 1 – Evolução dos grandes dependentes (%) por domínio de autocuidado entre o momento anterior ao internamento hospitalar (M-1) e o 3º mês após a alta clínica (M3)

Evolução dos “grandes dependentes” ao longo dos 3 momentos de avaliação

Em M-1 e M0 foi avaliado o nível de dependência nos 273 participantes do estudo. Em M3, face à diminuição significativa da amostra foram alvo de avaliação 162 participantes. O Gráfico 1 mostra-nos a evolução do nível de dependência por domínio de autocuidado nos 3 momentos de avaliação do estudo (M-1, M0 e M3) no que diz respeito aos grandes dependentes. Verifica-se que a percentagem de grandes dependentes no total da amostra, para todos os domínios de autocuidado e nos 3 momentos de avaliação, é muito elevada.

Verifica-se um aumento de grandes dependentes entre o momento anterior ao internamento hospitalar (M-1) e o momento da alta hospitalar (M0). Todavia, se compararmos a evolução dos grandes dependentes, entre o momento da alta hospitalar (M0) e o 3º mês após a alta clínica (M3), globalmente, verifica-se uma melhoria no nível de dependência.

Quanto à fidelidade da escala global de caracterização do tipo e nível de dependência do autocuidado aplicada nos 3 momentos sujeitos a avaliação, revelou boa consistência interna(12), com valores de Coeficiente Alfa de Cronbach de: $\alpha=0,996$ (M-1), $\alpha=0,979$ (M0) e $\alpha=0,930$ (M3).

Evolução do nível de dependência nos “grandes dependentes” e nos “autónomos” anterior ao internamento hospitalar

Os 2 grupos são caracterizados pela condição de grandes dependentes e autónomos anterior ao episódio de internamento hospitalar. O Gráfico 2 permite acompanhar a evolução do nível de dependência nestes dois grupos ao longo dos 3 momentos de avaliação do estudo. Numa análise global verificamos que, ao longo dos 3 momentos de avaliação, o nível de dependência no grupo de doentes avaliados como autónomos permanece sempre superior (menos dependentes) comparativamente ao grupo dos grandes dependentes (mais dependentes).

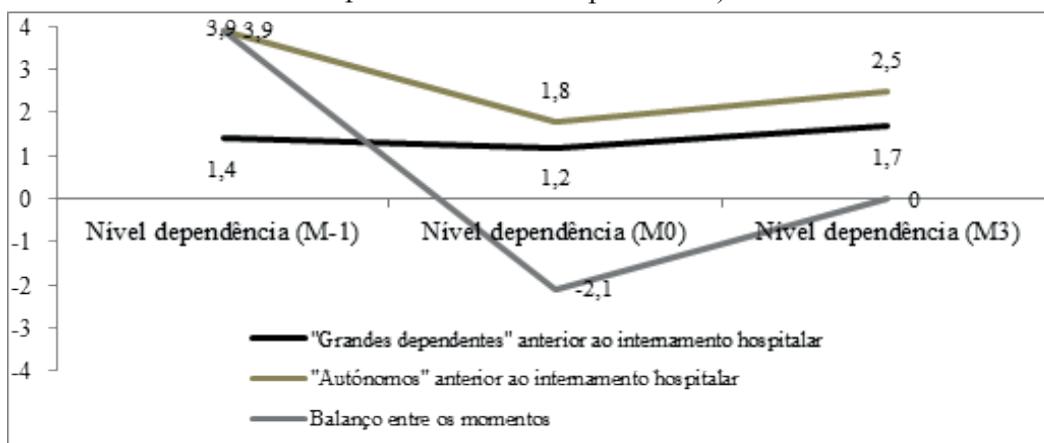


Gráfico 2 – Evolução do Nível de Dependência Global no Autocuidado nos 3 momentos de avaliação: grandes dependentes e autónomos, anterior ao internamento hospitalar

Esta evolução positiva é mais significativa nos domínios da mobilidade - elevar-se, virar-se, transferir-se. Se compararmos os resultados entre o momento anterior ao internamento hospitalar (M-1) e o 3º mês após a alta hospitalar (M3), observamos um aumento da percentagem de grandes dependentes.

Esta diferença de médias no nível de dependência entre os dois grupos foi estatisticamente significativa em todos os momentos de avaliação (Tabela 2). Ao longo dos 3 momentos de avaliação não se verificou oscilação significativa no nível de dependência dos grandes dependentes.

Este grupo manteve o nível de dependência entre “dependente não participa” (score 1) e “necessita de ajuda de pessoas” (score 2) ao longo dos 3 momentos de avaliação. Trata-se, pois, de doentes com limitado potencial de reconstrução da autonomia que, apesar de já serem muito dependentes anterior ao

Apesar das maiores oscilações no nível de dependência se verificar nos autônomos, foi neste grupo que se registou ao longo dos 3 momentos de avaliação menores níveis de dependência, mesmo após o evento crítico de saúde que motivou o internamento hospitalar. A análise da Tabela 2 mostra-nos, ainda, que

Tabela 2 – Diferenças de médias (test t) no nível de dependência entre os grandes dependentes e os autônomos, anterior ao episódio de internamento hospitalar, nos 3 momentos de avaliação do estudo (M-1, M0 e M3).

Momento de avaliação	Condição de dependência anterior ao internamento hospitalar (n)	Nível de dependência (Média)	Desvio padrão (DP)	Valor de p*
Momento anterior ao internamento hospitalar (M-1) N=273	Autônomos (n=84)	3,9	0,77	<,001
	Grandes dependentes (n=189)	1,4	0,65	
Momento da alta hospitalar (M0) N=273	Autônomos (n=79)	1,8	0,74	<,001
	Grandes dependentes (n=194)	1,2	0,49	
3º Mês após a alta hospitalar (M3) N=162	Autônomos (n=57)	2,5	0,77	<,001
	Grandes dependentes (n=105)	1,7	0,76	

internamento hospitalar (score 1,4), sofreram ligeiro agravamento no nível de dependência com o evento crítico de saúde gerador do internamento hospitalar (score 1,2). No entanto, ao 3º mês após a alta hospitalar (M3) registou-se neste grupo uma evolução positiva no nível de dependência (score 1,7).

Por outro lado, ao analisarmos a evolução do nível de dependência dos autônomos, verificámos que existe uma evolução negativa entre M-1 (score 3,9) e M3 (score 2,5). Um dado muito relevante verificado neste grupo de doentes foi o agravamento muito significativo no nível de dependência entre a avaliação anterior ao episódio de internamento (M-1; score 3,9) e no momento da alta hospitalar (M0; score 1,8). No entanto, este grupo de doentes, ao 3º mês após a alta hospitalar (M3) manifestou uma evolução muito positiva relativamente ao nível de dependência (score 2,6).

foi neste grupo que se verificou uma evolução positiva mais significativa, em concreto, na avaliação entre o momento da alta hospitalar (M0) e o 3º mês após a alta clínica (M3).

DISCUSSÃO

Quanto à caracterização sociodemográfica dos dependentes, este estudo apresenta resultados semelhantes a outros estudos realizados no âmbito nacional e internacional (1,9,13-15). Os dependentes são idosos; a maioria do sexo feminino; casados ou viúvos e; a maioria analfabetos.

Em relação ao destino, a maioria dos dependentes no momento da alta hospitalar regressa ao domicílio e cerca de ¼ da amostra às unidades de internamento da RNCCI, constituindo este, atualmente, um recurso social e de saúde importante para as famílias que integram dependentes. Possibilita, por um lado, o suporte profissional adequado ao processo de reconstrução da autonomia

dos dependentes e, por outro lado, o apoio na preparação e aquisição de competências – mestria – aos familiares cuidadores face à necessidade de assegurarem os cuidados ao dependente no seu regresso a casa(1,9,13-19).

Três meses após a alta hospitalar (M3), o número de dependentes que permanece na RNCCI é muito reduzido (4%), quer pela ausência de doentes internados nas UC e UCP, quer pelo baixo número de doentes internados nas UMDR e ULDM. Contudo, nas UC e UMDR este reduzido número de dependentes ao terceiro mês (M3) está associado aos critérios de permanência nestas tipologias, onde o internamento, em regra, não se prolonga para além de, respetivamente, um mês e três meses, regressando a sua maioria ao domicílio. Nas ULDM o baixo número de dependentes internados no mesmo período está fortemente relacionado com o número significativo de óbitos verificados ao longo dos três meses após a alta hospitalar. Deste modo, um resultado deste estudo que nos parece muito significativo é a elevada taxa de mortalidade registada até ao 3º mês após a alta clínica, correspondendo a cerca de 1/3 da amostra (33,7%). São doentes, na sua maioria, caracterizados por frequentes complicações clínicas associadas à sua condição de saúde muito vulnerável. A transição do hospital para casa é o período mais instável para as famílias que integram no seu seio membros dependentes e, sobretudo, um período muito crítico para quem assume o papel de cuidador(9,14,17,19). Assim, é neste período que haverá maior probabilidade de ocorrerem complicações na saúde do dependente. É caracterizado pela procura de informação por parte dos familiares cuidadores mais direcionada para o desenvolvimento de competências na execução dos cuidados necessários, na gestão de sinais e sintomas da doença e no lidar com as emoções do dependente(14,18).

A amostra deste estudo é caracterizada por elevados níveis de dependência em todos os momentos de avaliação. A grande maioria

é grande dependente conforme podemos observar no Gráfico 1. Verifica-se que, no global, para todos os domínios do autocuidado há um agravamento do nível de dependência entre o momento anterior ao episódio de internamento e o momento da alta clínica, seguindo-se uma melhoria até ao 3º mês após não atingindo, no entanto, os níveis de M-1. Significa que o evento crítico de saúde que motivou o internamento hospitalar, no global, teve um impacto negativo no nível de dependência nos participantes do estudo, com sequelas definitivas na capacidade de realizar as atividades do autocuidado. Estes resultados são semelhantes ao estudo efetuado igualmente na região norte de Portugal(13). Parte substantiva das necessidades em cuidados destes doentes é assegurada pelos familiares cuidadores. Daí, é exigido a estes a assunção de um papel - a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados –. Esta transição requer adaptação ao longo do tempo, caracterizada por diferentes fases já identificadas por via da investigação(1,14,18-19). Esta adaptação deve ser monitorizada por um conjunto de padrões de resposta onde os enfermeiros devem constituir-se um recurso imprescindível através do planeamento e implementação de terapêuticas de enfermagem sistematizadas e adequadas a cada fase, facilitadoras da transição(1,11,14,18-19).

O Gráfico 2 mostra-nos a evolução do nível de dependência ao longo dos momentos de avaliação do estudo, sendo significativamente diferente em dois grupos: grandes dependentes e autónomos, anterior ao internamento hospitalar. O grupo dos autónomos, apesar de maiores oscilações no nível de dependência ao longo dos 3 momentos de avaliação e com maior agravamento após o evento crítico que motivou o internamento hospitalar (entre M-1 e M0), é aquele com maior potencial de reconstrução de autonomia, uma vez que apresenta evolução positiva mais acentuada após a alta hospitalar (M3). Julgamos que deve implicar por parte dos profissionais de saúde

e, sobretudo por parte dos enfermeiros, um processo de cuidados que traduza eficácia em tempo útil e, assim, com ganhos visíveis para a saúde destes dependentes e, em particular, na sua autonomia.

O grupo dos grandes dependentes apresenta ligeiras oscilações no nível de dependência ao longo dos 3 momentos de avaliação. Trata-se de um grupo de doentes que já se encontrava dependente e o motivo que originou o internamento hospitalar não produziu agravamento significativo no nível de dependência. Assim, podemos afirmar que este grupo manteve-se, no essencial, sem alterações no nível de dependência antes, durante e após o internamento hospitalar. Significa que, ao contrário do grupo dos autónomos, a dependência nestes casos pode ser encarada como a sua condição de saúde “habitual”.

Referimos que o evento crítico agudo gerador do internamento hospitalar tem, globalmente, implicações negativas que se manifestam por um quadro de maior dependência. No entanto, o tempo que decorreu entre o momento da alta hospitalar e o 3º mês após, mostrou-se decisivo quanto à melhoria no quadro de dependência, com particular enfoque no grupo de dependentes que demonstraram maior potencial de reconstrução de autonomia – autónomos. Assim, uma vez que este espaço temporal que mediou o internamento hospitalar e o 3º mês após, se revelou um período fundamental na evolução de maior autonomia, apela-se a um juízo clínico por parte dos profissionais de saúde e, em particular, dos enfermeiros, que se traduza num processo de cuidados que inclua um diagnóstico diferencial e a implementação de terapêuticas de enfermagem sensíveis a respostas adequadas às necessidades de cada caso, em particular e, assim, promotoras de ganhos efetivos e em tempo útil no nível de dependência.

CONCLUSÕES

O aumento exponencial do fenómeno do envelhecimento e, por consequência, o aumento das pessoas em situação de dependência no autocuidado lança desafios importantes ao sistema de saúde e de organização das famílias. Os cuidados assegurados pelas famílias aos membros dependentes continuam a ter uma enorme relevância no contexto global dos cuidados de saúde. A evidência empírica mostra-nos que continua a ser o modelo assistencial de eleição para as famílias portuguesas e com menores custos económicos para o estado. Em Portugal, parte significativa dos dependentes no domicílio são grandes dependentes, em que as suas necessidades se revestem de grande complexidade e grande intensidade de cuidados, apontando, deste modo, para a importância dos cuidados de enfermagem prestados em tempo útil, de forma sistematizada e em parceria com as famílias, facilitadores das transições saudáveis.

Um exemplo de mudança e de vontade política relativamente à necessidade de encontrar respostas adequadas face às significativas alterações demográficas, traduzidas pelo envelhecimento da população e pelo aumento de pessoas em situação de dependência, é a recente criação da RNCCI no território nacional, assumindo-se social e politicamente o autocuidado como o elemento básico da saúde dos cidadãos. Na assunção dos seus objetivos, a RNCCI revela-se como uma oportunidade para os enfermeiros demonstrarem a sua utilidade social por via de maiores ganhos em saúde e com cuidados de maior proximidade com as famílias. A evidência científica permite-nos afirmar que uma prática profissional concebida numa lógica de continuidade de cuidados, isto é, centrada no planeamento do regresso a casa dos dependentes e na definição de modelos assistenciais de saúde a implementar em contexto domiciliário tendo as famílias como parceiros dos cuidados, tem potencial para promover resultados positivos na saúde e bem-

estar. Estes refletem-se em maiores ganhos em autonomia dos dependentes, no aumento do reportório das competências dos familiares cuidadores, na prevenção de complicações, na diminuição das taxas de readmissão hospitalar e de mortalidade e na redução substancial dos custos com a prestação de cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Costa A. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa [dissertação doutoramento]. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 2013.
2. Portugal. Decreto-Lei n.º 101 de 6 de junho de 2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, Lisboa, 26 jun. 2006. N.º 109 I Série A, p. 3856-65.
3. Conselho Internacional de Enfermeiras. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2005.
4. Orem D. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
5. Sidani S. Self-care. In: Doran D, editor. Nursing Outcomes: The state of the science. Toronto: Jones & Bartlett Learning; 2nd ed.; c2011. p. 79-130.
6. Hoy B, Wagner I, Hall EO. Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scand J Caring Sci.* 2007;21(4): 456-66.
7. Clark A, Freyberg C, Mcalister F, et al. Patient and informal caregivers' knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective self-care. *Eur J Heart Fail.* 2009;11(6):617-21.
8. Wilkinson A, Whitehead, L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46:1143 – 47.
9. Petronilho FAS. Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau; 2007.
10. Petronilho FAS. Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. Coimbra: Formasau; 2012.
11. Meleis A. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company; 2010.
12. Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 4th ed. Lisboa: Edições Silabo; 2005.
13. Araújo I, Paul C, Martins M. Living older in the family context: dependency in self-care. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(4):869-75.
14. Coleman E, Smith J, Frank J, et al. Preparing Patients and Caregivers to Participate in Care Delivered Across Settings: The Care Transitions Intervention. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(11):1817-25.
15. Pringle J, Hendry C, Mclafferty E. A review of the early discharge experiences of stroke survivors and their carers. *J Clin Nurs.* 2008;17:2384-97.
16. Shyu, Y. The needs of Family Caregivers of Frail Elders During the Transition From Hospital to Home: a Taiwanese Sample. *J Adv Nurs.* 2000;32(3):619-25.
17. Shyu Y, Chen M, Chen S, et al. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *J Clin Nurs.* 2008;17(18):2497-508.
18. Schumacher K, Stewart B, Archbold P, et al. Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Res Nurs Health.* 2000; 23(3):191-203.
19. Rotondi A, Sinkule J, Balzer K, et al. A Qualitative Needs Assessment of Persons Who Have Experienced Traumatic Brain Injury and Their Primary Family Caregivers. *J Head Trauma Rehabil.* 2007;22(1):14-25.

APLICAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO CALGARY EM FAMÍLIAS COM IDOSOS: CONTEXTOS CRENÇAS E VALORES

Isabel Maria Batista de Araújo⁽¹⁾; Maria Clara Oliveira Simões⁽²⁾; Joaquim Filipe Ferreira Azevedo Fernandes⁽³⁾



Resumo

A prática da enfermagem de família deve ser fundamentada por conceitos, teorias e modelos de enfermagem. O Modelo de Calgary de Avaliação da Família permite um olhar multidisciplinar. Metodologia: Realizou-se um estudo qualitativo, investigação-ação, em que participaram 49 famílias de uma zona Norte de Portugal. O objetivo geral foi verificar aplicabilidade do Modelo de Avaliação de Calgary em famílias com idosos. A recolha de informação foi por entrevistas semi estruturadas ao cuidador principal, por observação e notas de campo aquando das visitas às famílias. Resultados: Evidenciaram-se famílias nucleares, com filhos adultos ou velhos. Os idosos estão cativos a um espaço físico limitado “quarto” que sofreu adaptações para a sua inclusão na família e promoção do conforto. As famílias apoiam-se em valores familiares, religiosos e morais para cuidar do idoso dependente em suas casas. Conclusão: Foi reconhecida a aplicabilidade do Modelo de Calgary como uma boa ferramenta para orientação de cuidados ao idoso e sua família.

Palavras-chave: Família; Enfermagem Familiar; Modelos de Enfermagem; Idoso.

Abstract

APPLICATION OF CALGARY EVALUATION MODEL FOR FAMILIES WITH ELDERLY: CONTEXTS BELIEFS AND VALUES

The family practice nursing should be based on concepts, theories and nursing models. Family Assessment Calgary Model enables multidisciplinary look. Methods: Qualitative study, research-action, involving 49 families in a northern Portugal. The overall objective was to verify the applicability of the Calgary Assessment Model in families with elderly. The collection of information was for semi-structured interviews to the main caregiver for observation and field notes during visits to families. Results: Showed up nuclear families with adult sons or older adult. The aged are captive to limited physical space “room” which was adapted for inclusion in the family and promote comfort. Families rely on family, religious and moral values to care for the dependent aged in their homes. Conclusion: the applicability of the Calgary model was recognized as a good tool for guidance care to the aged and their family.

Keywords: Self-care, dependence, destination, transition, longitudinal study

Resumen

APLICACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN DE CALGARY PARA FAMILIAS CON ANCIANOS: CONTEXTOS CREENCIAS Y VALORES

La enfermería de práctica familiar debe basarse en los conceptos, teorías y modelos de enfermería. Evaluación de la Familia Calgary modelo permite mirada multidisciplinaria. Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, la investigación-acción, con la participación de 49 familias en una zona del norte de Portugal. El objetivo general fue verificar la aplicabilidad del modelo de evaluación de Calgary, en familias con personas mayores. La recolección de información se hace para entrevistas semiestructuradas a la cuidadora principal de notas de observación y de campo durante las visitas a las familias. Resultados: Destacaron núcleos familiares con hijos aductos ou ancianos. Los ancianos están en cautividad al limitado espacio físico “dormitorio” que fue adaptado para su inclusión en la familia y promover la comodidad. Familias dependen de los valores familiares, religiosos y morales para el cuidado de los ancianos dependientes en sus casas. Conclusión: La aplicabilidad del Modelo de Calgary fue reconocida como una buena herramienta para la orientación del cuidado a los ancianos y sus familias.

Palabras clave: Familia; Enfermería de la Familia; Modelos de Enfermería; Anciano

Rececionado em janeiro 2017. Aceite em fevereiro 2017

⁽¹⁾ Doutorada em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora, Diretora do Departamento da Saúde da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave. IPSN. Investigadora na CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, email: isabel.araujo@ipsn.cespu.pt

⁽²⁾ Doutorada Filosofia. Professora Adjunta do Departamento das Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave. IPSN. Investigadora na CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde

⁽³⁾ Licenciado. - Professor Adjunto. Departamento das Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave. IPSN. Investigador na CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde

Introdução

Atualmente, somos confrontados com novos desafios resultado da redução da mortalidade infantil, do aumento da emigração, e do aumento da esperança média de vida. O envelhecimento demográfico é, nas sociedades desenvolvidas, a realidade mais relevante do século XXI, devido às implicações diretas na esfera socioeconómica, impacte que produz na família, na sociedade e no sistema de saúde.^{1,2}

Temáticas relacionadas com o envelhecimento têm sido foco de investigação em diferentes ciências. Em particular, na enfermagem, onde a evidência produzida promove a tomada de decisões adequadas e inteligentes para ajustar a formação e por inerência melhorar prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família.³⁻¹⁰

A família é uma realidade complexa nos seus variados significados, de ordem psicológica, sociológica, cultural, económica, política e espiritual. É também complexa na sua mutabilidade e continuidade. É uma realidade de chegada, permanência e muitas vezes de partida. Neste sentido, a família passa a ser entendida como um abrigo capaz de proporcionar o crescimento, o desenvolvimento, e o acompanhamento na fase final dos seus membros. Em situação de saúde/doença, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem ponderar as diferentes estruturas familiares e os processos a familiares.⁵

Encarar a família como uma área de avaliação/intervenção, constitui, ainda, um desafio para os profissionais de saúde, sobretudo, porque o foco de atenção está, voltado para atender as necessidades da pessoa e não da unidade familiar. Atualmente, a família não se deve restringir a um recurso passivo nos cuidados, mas sim ser um agente ativo procurando atingir o seu projeto de saúde. A forma como o enfermeiro perspetiva a família influencia o tipo de cuidados que implementa.

Dabibliografiaaquetivemosacesso,afamília

pode ser perspetivada como *contexto*, *cliente*, *sistema* ou uma *componente da sociedade*. Assim, os cuidados de enfermagem à família como *contexto* centra-os a nível individual, no qual a família é o enquadramento onde a pessoa está inserida, onde a pessoa assume o primeiro plano e a família serve como um recurso. Quando a família é vista como *cliente*, a avaliação centra-se em todos os seus membros. O grupo é o alvo dos cuidados, a família adota o primeiro plano, é vista como soma dos seus membros e o foco das atenções está centrado em cada membro. Na terceira abordagem, a família como *sistema*, é vista como um sistema interativo no qual o todo é mais que a soma das suas partes. A avaliação é sobre a interação do grupo e os cuidados são dirigidos para a pessoa e para a família em simultâneo focando-se nas interações. Por último, quando a família é perspetivada como uma *componente da sociedade*, o grupo familiar é ponderado como uma instituição, ou seja, a família é uma unidade básica ou primária da sociedade que faz parte de um macrosistema.¹¹

O fio condutor da investigação, aqui apresentada, foi a perspetiva sistémica. Conscientes de que se trata de um processo com alguma complexidade, valorizamos o olhar sistémico, porque corroboramos que “trabalhar com famílias é estar em trânsito entre o micro e o macrosocial, entre o ser humano na sua individualidade e na sua coletividade”.¹² A perspetiva sistémica permite-nos compreender a família como um sistema aberto composto por um conjunto de elementos que se constituem em subsistemas em interação, sendo uma complexidade organizada de partes distintas e com determinados atributos, funções, papéis, cuja finalidade última é promover o desenvolvimento integral de todos os seus membros, ou seja, atingir o bem-estar do grupo.^{13,14,15} A compreensão da família a partir deste paradigma permite-nos enquadrá-la num contexto de diversidade que ultrapassa a visão

de família nuclear, e acompanhar a evolução dos contextos e estruturas sociais.

A literatura científica clarifica que os cuidados de enfermagem devem centrar-se no cuidar da família como parte integrante das suas práticas e, na expressão de alguns autores, é evidenciado que os enfermeiros têm o compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde.^{9,11,15,16,17,18,19}

Contudo, este enfoque do cuidado só é alcançado com a implementação de práticas de avaliação adequadas à especificidade e singularidade de cada família.

A aprendizagem de como fazer a transição de uma perspetiva individualista “cuidar a pessoa” para o pensar “cuidar da família” pode ser facilitada com a utilização de um suporte concetual ou teórico que oriente para a avaliação e, posteriormente, para a intervenção, no sentido da promoção da saúde, no tratamento e ou na reabilitação das famílias.

Revedo a bibliografia sobre suporte concetual à enfermagem de família, deparamo-nos com uma variedade de modelos teóricos que contribuem para a orientação da avaliação e da prestação de cuidados às famílias.⁵ Conscientes de que não existe um modelo ideal para este estudo, optamos por uma estrutura concetual que facilitasse a organização dos dados provenientes da avaliação. Seleccionamos uma estrutura multidimensional, um modelo que se apoia num fundamento teórico que envolve a teoria dos sistemas, cibernética, comunicação e mudança: Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF).¹⁶ Este modelo tem sido reconhecido mundialmente e adotado quer nas práticas clínicas, quer no ensino e na investigação.^{5,15,17,20}

O MCAF é uma estrutura multidimensional que consiste em três categorias principais: *Estrutural*, *de Desenvolvimento* e *Funcional*. Cada categoria engloba várias subcategorias que podem ou não ser avaliadas, ou seja, a aplicação do modelo não exige avaliação

de todas as categorias em simultâneo, nem todas as subcategorias precisam de ser avaliadas numa primeira fase com a família.¹⁶ O enfermeiro define quais as categorias ou subcategorias relevantes e apropriadas para uma determinada família, naquele momento, com o sentido de reunir informação necessária que lhe possibilite fazer uma avaliação integrada. No caso concreto deste trabalho, procurámos saber a tipologia das famílias que acolhem um idoso dependente e qual é o contexto interno em que o idoso está inserido, assim como as suas crenças e valores. Estes aspetos podem ser examinados à luz do MCAF. O modelo reconhece a experiência dos membros da família que vivenciam o processo de doença, bem como as experiências dos enfermeiros na promoção da saúde, no tratamento e reabilitação. Está fundamentado em noções pós-modernistas e na biologia da cognição. Enfatiza e orienta para a mudança a partir de um ponto de vista cultural específico.

Acreditamos que considerar a família do idoso como um sistema contribui para a sustentação da operacionalização de uma avaliação familiar integral, que reconhece a sua estrutura, o seu desenvolvimento e funcionamento, no decorrer do ciclo de vida, permitindo reconhecer dinâmica do grupo familiar. Assim, a finalidade deste artigo é narrar a experiência de avaliar famílias de idosos com base no MCAF.

A evidência empírica nacional e internacional tem demonstrado que o MCAF é uma ferramenta para avaliação de necessidades de cuidados em diferentes áreas clínicas.^{5,15,21} Deste modo, definimos como objetivo geral: Verificar aplicabilidade do Modelo de Avaliação de Calgary em famílias com idosos. Como objetivos específicos:

Descrever a tipologia de famílias com um idoso dependente em contexto familiar; Descrever o contexto privado do idoso dependente e narrar crenças e valores que promovem a sustentabilidade de um idoso dependente na família.

Metodologia

A opção metodológica que orientou o estudo foi uma abordagem qualitativa de natureza exploratória descritiva, investigação –ação, alicerçado na construção de novas realidades desenvolvidas em contextos reais.²² Elegemos para participantes 49 famílias com um idoso dependente em contexto familiar de um concelho da zona Norte de Portugal. Este estudo teve autorização da comissão ética da Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários onde os idosos estavam registados (Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Familiar CSRS/DSS003616). As famílias que se mostraram recetivas em participar assinaram um termo de consentimento esclarecido. Os dados foram recolhidos nas casas das famílias. Fizemos acompanhamento semanal durante 3 meses a cada família. Para a colheita de informação, recorreremos a entrevistas semiestruturadas ao cuidador principal, fizemos observação direta (grelha de observação) e redigimos notas de campo. Utilizaram-se instrumentos pré-elaborados com base no MCAF, com enfoque na avaliação estrutural da família (genograma), avaliação do desenvolvimento (ciclo vital da família) e avaliação do funcionamento expressivo (crenças e valores). Ressalta-se que nem todos os membros das diferentes famílias participaram ativamente na investigação, no entanto, o enfoque da avaliação foi para a unidade familiar.

No desenvolvimento deste processo foi garantido o respeito dos pressupostos deontológicos inerentes à ética em investigação com seres humanos. Cada família, cada cuidador e notas de campo foram codificadas por números e letras (F/família; C/ cuidador; N/ notas de campo).

Foram analisadas as representações esquemáticas dos genogramas, os discursos dos cuidadores e as notas de campo. A análise de conteúdo foi realizada em torno de três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.²³ A análise de

conteúdo integra, ou pode integrar, uma análise de pendor mais quantitativo e outra mais qualitativa. A primeira, mais extensiva, centra-se na frequência de diversas categorias do conteúdo. A segunda mais intensiva tende a centrar-se nas informações, possivelmente menos frequentes mas mais detalhadas e complexas, com a preocupação de detetar a presença ou ausência de certas características.²⁴

Resultados e Discussão

Quando partimos para este trabalho tínhamos como certo o encontro com famílias com um idoso dependente, mas desconhecíamos a sua peculiaridade e singularidade. Com recurso à aplicação de métodos e técnicas de avaliação, identificamos a tipologia, fase do ciclo vital, contexto, crenças e valores das famílias.

Os primeiros dados, aqui descritos, procuram caracterizar famílias com um idoso dependente em contexto familiar. Assim, da leitura dos genogramas, foi possível apurar, de entre as várias tipologias de famílias representadas, a que predominou foi a família nuclear (65,7%), família caracterizada por um homem e mulher, casados, com ou sem filhos. Seguida da família de três gerações (29,6%), referenciada, muitas vezes, como família alargada, sendo constituída por avós, pais e seus filhos. Em menor representatividade identificamos, a família unipessoal, a que se encurtou à pessoa dependente no seu singular (3,7%), seguida da família recasada (1%), isto é, grupo familiar que se voltou a casar, caracterizada pelo segundo casamento, composta por duas pessoas, das quais, pelo menos uma, foi casada anteriormente.

Com recurso ao genograma, também, reconhecemos que a composição do agregado familiar das famílias tinha um diminuto número de elementos que se repercute, essencialmente, para famílias formadas por um conjunto de 2 ou 3 elementos. Identificámos menos famílias formadas pelo conjunto de quatro e cinco elementos e apenas seis famílias com mais de cinco. Embora estas famílias se representem,

sobretudo, como famílias nucleares ou de três gerações, foi possível verificar que tiveram mais filhos do que aqueles que atualmente compõem o agregado familiar do idoso dependente. Estes resultados, especificamente, a diminuição do número de elementos no agregado familiar, salientam a necessidade dos enfermeiros ampliarem o conceito de família de modo a abranger a família extensa e os sistemas externos onde a mesma está inserida, visando ampliar a rede de suporte ao grupo familiar para promoção da saúde familiar. Esta evidência revalida a bibliografia consultada e resultados de investigadores que se interessaram pela mesma temática.^{17,20,25,26,27}

O ciclo de vida familiar configura-se num conjunto de acontecimentos universais previsíveis, apesar das variações culturais, desencadeadoras de mudança e adaptação da organização familiar. O desenvolvimento da família processa-se em função da interação dos membros que a constituem e da forma como lidam com as diferentes transições do ciclo de vida familiar.²⁸ Assim, o interesse em conhecer melhor estas famílias levou-nos a identificar a fase de desenvolvimento em que as mesmas se encontravam.

O ciclo vital da família pode ser classificado em cinco etapas, tendo como referência a família nuclear tradicional: 1) nascimento da família nuclear; 2) nascimento dos filhos; 3) adolescência dos filhos; 4) partida dos filhos; 5) morte ou partida de um dos pais.²⁸ No entanto, este modelo do ciclo vital de vida familiar tem de ser encarado como uma estrutura flexível, possível de se adaptar à diversidade, cada vez maior, das famílias da sociedade atual. Para um enquadramento mais real das famílias com quem contactámos tivemos necessidade de adaptar esta classificação. Assim, considerámos a classificação: nascimento da família; filhos em idade pré-escolar; filhos adolescentes; filhos adultos; filhos adultos idosos; partida dos filhos “ninho vazio” e morte do cônjuge. Pela análise dos genogramas verificamos que as famílias

posicionam-se, predominantemente, na fase de famílias com filhos adultos (38,0%), partida dos filhos “fase de ninho vazio” (25,9%) e famílias com filhos adultos velhos (17,6%). Com uma percentagem muito mais reduzida identificamos as famílias com filhos adolescentes (8,3%) e famílias com filhos em idade pré-escolar (5,6%). Com muito pouca representatividade reconhecemos as famílias a viverem a morte do cônjuge (2,8%) e (1,8%) famílias posicionadas na fase de nascimento da família.

Pelo supra citado as famílias com idosos dependentes, de uma região Norte de Portugal, sobressai que são também elas idosas e posicionam-se nas últimas etapas do ciclo vital. Estão a viver a fase do “ninho vazio” ou vivem com filhos adultos ou filhos também eles já velhos. Estes resultados estão em sintonia com outros estudos que refletem o efeito do envelhecimento individual e coletivo assim como mutações na estrutura das famílias. Confirmam a tendência para a nuclearização da família, de casais idosos, com idades cada vez mais avançadas, vivendo sozinhos depois dos filhos terem formado a sua nova família.^{1,5,8,17,26}

Na procura de avaliar o contexto familiar em que vivem os idosos dependentes, constatamos que os idosos além de dependerem diretamente das suas famílias, em especial de um cuidador principal, encontram-se ligados a um espaço físico que, por si só, os tornava cativos. A casa é o espaço físico que envolve o idoso e que quase sempre o retém limitado a uma das suas dependências: a um quarto.

O tipo de habitação onde estavam os idosos convergiu para dois tipos de casas distintas: casas de construção recente e casas antigas. Salientamos que entre elas surgem algumas particularidades comuns: independentemente da linha temporal, ambas sofreram adaptações com vista a proporcionar mais conforto ao idoso e diminuir as barreiras arquitetónicas. Para o conseguirem, uns adaptaram o r/chão da casa para que o idoso se mobilizasse melhor,

outros construíram rampas, umas no exterior, outras no interior da casa, houve, ainda, quem fizesse escadas interiores que não existiam ou colocaram corrimão. (C:3,5,8,10,12,17,22,26,27,39,41,43,46,48) Pelos recortes de uma entrevista a um cuidador fica reforçada esta interpretação “*Fizemos umas escadas de ligação interna para o meu pai ter a possibilidade de ir até ao 1º piso, para participar nos almoços ou jantares de família; nunca o colocamos à parte...tenho feito um esforço muito grande para que o meu pai não pense que é um peso na nossa vida*”.^(C22)

A alteração da disposição dos móveis foi também uma estratégia para dar resposta às necessidades do idoso e de quem deles cuida, tornando o espaço funcional e prático. Reparámos em particularidades de algumas famílias em que foi disponibilizada uma cómoda só com roupa para o idoso e armário com medicação e com material de higiene separado. (N: 5,10,15,16,18,19,20,22,34,36,39,42,43)

Nas casas mais antigas destacaram-se algumas características representativas da época de construção, tal como espaços pequenos (N:1,4,6,14,16,19,21,23,26,27,29,33,40), e existência de muita mobília^(F:1,4,14,16,33,40); surgem quartos improvisados para o idoso, sobretudo, com o objetivo de manter o casal de idosos juntos. Lembramos que a tipologia familiar que tinha maior representatividade foi a família nuclear, ou seja, formado pelo idoso e seu par. Este fator vem demonstrar uma preocupação em manter o conforto através das adaptações físicas, mas complementadas pela aproximação afetiva entre o casal, demonstrada quando nos confessam que “*o nosso quarto foi adaptado para podermos dormir juntos*”. (C: 3,16,19,21,23,36,38,43) Evidenciamos que, destas famílias, em duas havia a partilha da cama de casal pelo idoso dependente e pelo cônjuge (cuidador), não pela falta de recursos ou proposta de mudança por parte de profissionais de saúde, mas pelo hábito e pela necessidade de manter a relação afetiva, a aproximação física do casal.^(C:23,38) No entanto, o mais comum foi

encontrarmos um quarto com duas camas para ficarem juntos um do outro: no quarto onde estava o idoso tinha a cama dele (articulada) e a do cônjuge lado a lado. Esta aproximação, em alguns contextos, revelou a evidente falta de espaço para cuidar de pessoas dependentes. No entanto, destacamos que esta necessidade de aproximação familiar nem sempre foi revelada de uma forma inclusiva no seio familiar, sendo suplantada esta situação por uma aproximação paralela, mas não debaixo do mesmo teto, constatamos que uma idosa vivia “*num anexo que um filho construiu para a acolher. Esse anexo tinha uma cozinha, uma casa de banho e um quarto*”^(N:45) o que originou a independência da família. Uma família de três gerações converte-se numa família unipessoal e outra nuclear. Da evidência produzida identificam-se resultados semelhantes, salientando as alterações físicas na casa, necessárias para facilitar a prestação de cuidados e promover a adaptação à nova condição de vida das famílias.^{8,29,30}

A preocupação em promover um ambiente mais adequado não se restringe às alterações físicas e aos apoios de material de suporte às técnicas. Verificámos que, independentemente da construção, registam-se diferentes ambientes no quarto dos idosos, pois grande parte deles eram aquecidos com recurso a aquecedores (N: 5,17,22,26, 27,31,42,44,45), no entanto, esta realidade não foi comum a todos os idosos; encontrámos um número considerável de quartos frios^(N:1,2,4,6,12,14,15,20,25,27,29,39,40,41) e destes, alguns com humidade^(N:6,13,14,25) e, ainda, alguns com pouca luz natural. Estas particularidades nos quartos dos idosos destacaram-se ainda mais pelo facto de o nosso período de avaliação com as famílias, ter sido em época fria, em que as adversidades climáticas da época de Inverno, como o frio e a humidade, mais se evidenciam.

É importante salientar que a identificação das condições sociais e ambientais em que vivem as famílias enquadra-se nas estratégias de saúde familiar e que faz parte das

funções do enfermeiro. As condições sociais e ambientais, em que as pessoas vivem, influenciam o seu estado de saúde, podendo, neste caso concreto, predispor o idoso e a sua família à ocorrência de doenças. Ressalta que a abordagem dos profissionais deve ser pautada no princípio de vigilância à saúde, ou seja, na deteção precoce de focos críticos que evidenciem as necessidades de saúde.

No contexto físico e emocional, vivenciado com as famílias, sobressaíram objetos alusivos a crenças e valores que ajudam à sustentabilidade dos idosos dependentes em contexto familiar. O conjunto de crenças e valores que adquirimos ao longo da vida são determinantes do comportamento. Os valores operam juntamente com as crenças para dar significado e motivação no dia a dia. Os valores e as crenças dão suporte à identidade e à missão de uma pessoa ou grupo, oferecem o reforço, motivação, permissão, que promove ou inibe as capacidades e comportamentos em particular. Os valores e as crenças são apoiados por uma série de habilidades e capacidades necessárias para manifestar determinadas ações, num determinado ambiente ou contexto. Nos grupos, organizações e sistemas sociais, os valores formam um tipo de moldura imaterial que contorna toda a interação das pessoas dentro de um sistema.³¹

A possibilidade de nos envolvermos no contexto físico e na envolvente familiar, permitiu-nos ter uma plena percepção dos valores e crenças destas famílias principalmente através dos objetos que decoravam os ambientes do espaço circunscrito ao idoso.

Sobressaíram nos espaços, como uma complementaridade da pessoa do idoso, sobretudo os valores religiosos (N:1,3,10,11,12,16,17,18,21,22,24,26,33,39,40,43,48) como “a Bíblia na mesa da sala em frente à porta de entrada” (N:11); “*imagens de santos na parede*” (N:39)

A religiosidade como cuidado à saúde está presente em várias famílias como parte integrante da formação cultural. São

conhecimentos e conceitos transmitidos de geração em geração, por meio da interação das pessoas, tendo um significado importante no processo de cuidar, em especial em famílias com um dos seus elementos portador de doenças crónicas.^{7,17,29}

Surgiram, ainda, os valores familiares atuais e ancestrais com “*fotografias de família espalhadas pela parede e junto à cabeceira da cama dos idosos*”^(N:1,12,18); “*quadro em ponto de cruz com a data das bodas de 50 anos de casados*”^(N:12); “*muitas fotografias de familiares diretos dispersas por toda a casa*”^(N:28); a decorar o quarto figuram outros aspetos decorativos, predominantemente “*flores artificiais*”^(N:4,28) “*muitos quadros e objetos de decoração com muitos adornos*”^(N:28).

Foi este o contexto com as características que acabamos de descrever e com a envolvente humana que se acolhem as visitas que o idoso recebe. As visitas são sobretudo de familiares, principalmente dos filhos, e cada uma destas visitas tem os seus *timings*. Há visitas que são diárias e que se refletem em atos planeados, como nos referiu uma cuidadora “*doei terrenos a todos os filhos junto da minha casa... assim estão todos juntos e todos se dão bem, todos os dias vêm cá... mesmo o filho que vive mais longe todos os dias por volta das 9 da noite visita o pai*”^(C10). As visitas diárias geralmente eram dos filhos que viviam mais próximos. Pelos recortes das notas de campo entendemos que outras visitas eram semanais “*todas as semanas tem visita de todos os filhos e filhas, menos o filho que está na Alemanha... outros só visitam a meio da semana e ao sábado e domingo, todos fazem uma visitinha... todos os filhos o visitam todas as semanas*”^(C16). Estas visitas semanais, tal como se destacou nos exemplos citados, incidem particularmente ao fim-de-semana. Surgem também visitas esporádicas “*As minhas irmãs só visitam a mãe de vez em quando*”⁽⁸⁾, “*alguns só aparecem uma vez por ano e de fugida*”^(C15). Podemos constatar, através das vivências

narradas, que estas visitas, independentemente da frequência, caracterizam-se por visitas com curta duração, nas quais se fala pouco ou até se evita falar sobre o estado de saúde do idoso como relatou um cuidador “*os outros filhos fazem visitas com alguma frequência mas nunca me perguntam nada sobre o estado da mãe...é uma visita de médico...até o meu irmão que vive aqui quando eu digo que vou com a mãe aqui ou acolá ele diz está bem tu é que sabes essas coisas*”^(C27). Os relatos fazem pensar que este tipo de visitas, são visitas de cortesia. Pautam-se como presenças com duração curta, ditando uma relação de partilha de relações muito específicas. Aparentemente, consequência de obrigação moral e social, mas que assumem uma importância fundamental para quem cuida do idoso dependente. Este tipo de visita promove essencialmente apoio emocional, num clima de simpatia e estímulo.

Estes resultados, tal como noutros estudos, realçam como as crenças e valores culturais têm influência direta sob a forma de adaptação das famílias com idosos dependentes. Esta evidência reforça a necessidade dos profissionais terem a família como foco de atenção para promover um melhor ajustamento familiar ao envelhecimento.^{7,17,29}

Tecendo algumas considerações, a respeito do funcionamento expressivo, mais especificamente em relação às crenças e valores das famílias com idosos dependentes, podemos inferir que o enfermeiro deve empreender esforços no sentido de ajudar as famílias a mobilizarem recursos humanos e materiais de forma a minimizar as dificuldades de cuidar de idosos em contexto familiar. Trabalhar com famílias é ter capacidade de oferecer suporte e fortalecer as famílias para lidarem com situações críticas, como o envelhecimento com dependência, de forma a minimizar a sobrecarga e o sofrimento.

Em jeito de síntese, podemos afirmar que os resultados encontrados, na avaliação das famílias, com recurso a MCAF, permitiram descrever os principais aspetos da estrutura,

do desenvolvimento e funcionamento das famílias com um idoso dependente. Salientam a necessidade dos enfermeiros sustentarem as suas práticas na literatura científica e adotarem métodos e técnicas de colheita de dados pertinentes, de forma a contribuir para o desenvolvimento das suas habilidades para a abordagem às famílias. Esta evidência segue linhas já encontradas por investigadores internacionais.^{7,8,17,20,32,33}

Conclusões

Este trabalho, de abordagem qualitativa, permitiu descrever uma experiência de avaliar famílias com idosos dependentes, sob o enfoque sistémico, com recurso ao referencial teórico MCAF. Os resultados fazem-nos pensar na importância do foco de atenção “família” para que se torne uma realidade a parceria entre profissionais de saúde com as famílias que cuidam de idosos dependentes privilegiando as ações de promoção e prevenção de saúde.

A mudança de paradigma de cuidar é possível com uma boa articulação entre as políticas do setor social e as de saúde. Impele direcionar o foco de atenção para as famílias. Só depois de considerar este aspeto será possível um cuidar digno e adequado, que compartilhe benefícios e satisfaça as necessidades de cada idoso e de cada família. Os cuidados implementados devem ser sustentados por uma avaliação personalizada. Com este trabalho foi-nos possível reconhecer a aplicabilidade do MCAF. Identificamos a tipologia de famílias com um idoso dependente, de uma região Norte de Portugal. Sobressaíram famílias nucleares com filhos adultos, e famílias com filhos idosos, a viver nos últimos estadios do seu ciclo vital. Compreendemos algumas das fragilidades físicas do contexto ao qual estão cativos e quais as adaptações realizadas para incluir o idoso dependente em ambiente familiar. Reconhecemos um predomínio de crenças religiosas e valores familiares e morais que dão significado ao cuidar de um

idoso dependente em contexto familiar.

Com esta evidência procuramos estimular os profissionais de saúde, concretamente os enfermeiros que trabalham com famílias, para ampliar o seu campo de avaliação, pois entendemos a família como um sistema, uma partícula social, que necessita de cuidados a diferentes aos níveis dependendo da sua singularidade. Cabe ressaltar que estes resultados serviram para reestruturação de uma componente teórica e prática de um curso de Licenciatura em Enfermagem com a finalidade de formar profissionais capazes de responderem adequadamente a problemas do mundo real em que vivemos.

Bibliografia

1 - Instituto Nacional de Estatística- INE (PT). Censos 2011 Resultados Definitivos-Portugal. Lisboa-Portugal: INE; 2012.

2 - Hareven TK. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. *Cadernos pagu* 2015 (13): 11-35.

3 - Rodrigues V, Mota-Pinto A, de Sousa B, Botelho A, Alves C, de Oliveira CR. The aging profile of the Portuguese population: a principal component analysis. *Journal Community Health* 2014; 39(4):747-52.

4 – Ribeiro O, Pinto C. Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do Norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2014; 32(1): 27-36.

5 – Araújo IMB. Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem. [tese]. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2011.

6 – Araújo I, Paúl C, Martins M. Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência* 2010; 3(2): 45-53.

7 - Mafra SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2011;14(2): 353-364.

8 – Vieira L, Nobre JRDS, Bastos CCBC, Tavares KO. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2012;15(2): 255-264.

9 - Silva MANCG, Costa MASM, Silva MMFP. Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência* 2013; 11: 19-28.

10 - Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2011; 19(3): 458-466.

11 – Hanson S. Enfermagem de Cuidados de Saúde à família–Teoria, Prática e Intervenções. Loures: Lusociência; 2005.

12 – Nitschke RG, Elsen I. Saúde da família na pós-graduação: um compromisso ético interdisciplinar na pós-modernidade. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2000;45; 53(SPE): 35-48.

13 – Minuchin S, Cunha JA, Minuchin S. Terapia estrutural da família. In: S. Minuchin, Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. p.11-24.

14 – Anderson KH. The family health system approach to family systems nursing. *Journal of Family Nursing* 2000; 6(2): 103-119.

15 - Figueiredo MHJS, Martins MMFS. Avaliação familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Ciênc. cuid. Saúde* 2000; 9(3): 552-559.

16 - Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias-um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Editora Roca; 2002.

17 - Silva L, Bousso RS, Galera SAF. Aplicação do Modelo Calgary para Avaliação de Famílias de idosos na prática clínica. *Rev. Bras. Enferm* 2009; 62 (4 (2009): 530-534.

18 - Trindade LdL, Peron A, Amestoy SC, Gehlen GC, Noguez PT. Reflexões acerca do perfil de atendimento na estratégia saúde da

família. *Cogitare enferm* 2011; 16(1): 162-166.

19 - Hardin SR. Engaging families to participate in care of older critical care patients. *Critical care nurse* 2012; 32(3): 35-40.

20 - Filizola CA, Teixeira IMdC, Milioni DB, Pavarini SCI. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2011; 45(2): 418-425.

21 - Diógenes MAR, Oliveira MGD, Carvalho YAXBD. Aspectos estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família de adolescente grávida fundamentados no Modelo Calgary. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene* 2011; 12(1).

22 - Morse JM. Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa. Coimbra: Formasau; 2007.

23 - Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

24 - Freire T, Almeida SL. Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Universidade do Minho; 2008.

25 - Araújo, IM, Paúl C, Martins M. Famílias cuidadoras de idosos: estrutura e desenvolvimento. *Ciênc. Cuid. Saúde* 2012; 10(3): 452-458.

26 - Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto do Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2011; 19(3): 458-466.

27 - Araújo IM, Paúl C, Martins MM. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciênc. Cuid. Saúde* 2009; 8(2): 191-197.

28 - Relvas A P. O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica. 2006.

29 - Carreira L, Rodrigues RAP. Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. *Ciênc. Cuid. Saúde* 2008; 5:119-126.

30 - Decesaro MN, Ferraz CA. Famílias de pessoas dependentes de cuidado: aspectos das

mudanças na vivência do cotidiano. *Ciênc. Cuid. Saúde* 2008; 5: 149-156.

31 - Giddens A. Sociologia. Lisboa: F. C. Gulbenkian Ed; 2008.

32 - Bocchi SCM, Angelo M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2008; 16(1): 15-23.

33 - do Nascimento MFR, Albuquerque DB, Oliveira ET, de Araújo INIR, Bessa MEP, da Silva MJ. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para pesquisa com idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2011; 64(2): 389-392.

DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Teresa Maria Cerqueira Alves⁽¹⁾; Maria Aurora Gonçalves Pereira⁽²⁾; Mara do Carmo de Jesus Rocha⁽³⁾



Resumo

Enquadramento: A documentação de enfermagem deve traduzir as necessidades em cuidados de enfermagem das populações, independentemente dos contextos das práticas. Nos serviços de urgência, devido a uma conceção de cuidados essencialmente centrada no modelo biomédico, a prática de documentação de enfermagem é subvalorizada e pouco refletida. Objetivos: Compreender se a documentação de enfermagem traduz os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência. Metodologia: Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, com recurso a uma estratégia multimétodo de recolha de dados: entrevista, observação e análise documental. Participaram oito enfermeiros de um serviço de urgência do norte do país. Resultados: Realizadas intervenções autónomas e interdependentes, destacando-se as do tipo monitorizar e vigiar. As intervenções documentadas foram sobreponíveis às observadas, e os diagnósticos de enfermagem incluíram focos maioritariamente do domínio da função. A dimensão da família assumiu pouco relevo na documentação. Conclusão: As intervenções de enfermagem realizadas foram orientadas, maioritariamente, para a prevenção e deteção de complicações. Foi visível a utilização da metodologia do processo de enfermagem pelo grupo de participantes e a centralidade da documentação relacionou-se com aspetos físicos dos cuidados.

Palavras-chave: Doente crítico, documentação de enfermagem

Abstract

DOCUMENTATION OF NURSING CARE IN EMERGENCY CONTEXT

Nursing documentation should translate the population's needs for nursing care, independently of the practical context. In the emergency unit, due to a conception of care centered in a biomedical model, nursing documentation is undervalued and does not reflect the activities practiced. Objective: Understand if nursing documentation reflects the care provided in the emergency unit to a patient in need of critical care. Methodology: Qualitative study, explorative-descriptive, using a multi-method strategy for data collection: interview, observation and document analysis. Participation of eight nurses of an emergency unit from north of the country. Results: Independent and interdependent interventions were done, emphases was placed on those that involved watching over and monitoring. The documented interventions were overlapping with those documented, and the nursing diagnosis focused mainly on the function domain. The family element was of very little importance in documentation. Conclusion: The nursing interventions were done, in the majority, to prevent and to detect complications. Amongst the participants, it was noticeable the usage of the methodology of the nursing process and documentation was focused on the physical aspects of care.

Keywords: Self-care, dependence, destination, transition, longitudinal study

Resumen

DOCUMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONTEXTRO DE EMERGENCIA

La documentación de enfermería debe reflejar las necesidades de cuidados de enfermería de las personas, independientemente de los contextos de la práctica. En los servicios de emergencia, debido a un cuidado centrado esencialmente en el modelo biomédico, la práctica de la documentación de enfermería se subestima y es poco reflejada. Objetivos: Conocer si la documentación de enfermería traduce los cuidados de enfermería a la persona en estado crítico en un contexto de emergencia. Metodología: Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, utilizando una estrategia multi-método de recolección de datos: entrevista, observación y análisis de documentos. Participaron ocho enfermeras de un servicio de urgencias del Norte de Portugal. Resultados: Se realizaron intervenciones autónomas e interdependientes, destacando el tipo de seguimiento y vigilancia. Las Intervenciones documentadas fueron similares a las observadas, y los diagnósticos de enfermería incluyeron principalmente el enfoque en el dominio de la función. La dimensión de la familia fue poco relevante en la documentación. Conclusión: Las intervenciones de enfermería fueron orientadas, principalmente, a la prevención y detección de complicaciones. Fue visible el uso de la metodología del proceso de enfermería por el grupo de participantes y la centralidad de la documentación se relacionó con los aspectos físicos de la atención.

Palabras clave: Enfermedad crítica, Documentación de enfermería

Recebido em novembro 2016. Aceite em janeiro 2017

⁽¹⁾ Enfermeira no Serviço de Urgência do Hospital; Santa Maria Maior, Barcelos. Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, email: tekices@sapo.pt

⁽²⁾ Doutora em Ciências da Educação pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

⁽³⁾ Doutoranda do Curso de Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Introdução

Devido à sua natureza, a enfermagem debate-se hoje com o impacto da introdução de sistemas de informação no seu quotidiano, tornando-se necessário a discussão de aspetos da profissão relacionados com a informatização. Neste sentido, a documentação dos cuidados de enfermagem constitui-se um veículo para o desenvolvimento da investigação em enfermagem. Assim, os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) enquanto área que necessita de mais investigação, e que de acordo com a literatura, parece que a relação entre informação, sistemas de informação e a prática é ainda pouco compreendida (Currelet et al. in Azevedo, 2010), são necessários estudos que se foquem na documentação dos cuidados de enfermagem. O estabelecimento de consensos sobre o essencial neste domínio, é um pré-requisito básico para a qualidade da informação nos sistemas de saúde do futuro e para que os SIE possam contribuir para a transformação simultânea, quer da prática quer da investigação (Lang in Azevedo, 2010).

Atualmente, a documentação de enfermagem é reconhecida e considerada indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, em particular a sua função de comunicação dos aspetos resultantes do processo de cuidados, tornando-se por isso essencial que ela traduza efetivamente a tomada de decisão e os cuidados de enfermagem prestados. A documentação da informação que resulta desse processo constitui um dever do enfermeiro, o qual se encontra refletido no respetivo Código Deontológico (anexo à Lei n.º 111/2009, p. 6548) e também no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (DL n.º 161/96, p. 2961).

Para além dos aspetos referidos, a nossa perceção acerca da baixa efetividade e subutilização dos registos informatizados, o facto da informação documentada não dar visibilidade à particularidade das necessidades da pessoa/família que antecipa ou vivencia processos de transição saúde/doença súbita,

focalizando-se em intervenções associadas a cuidados físicos, em intervenções interdependentes e de rotina em detrimento de informação relacionada com aspetos personalizados dos cuidados e ainda a escassez de literatura e estudos relacionados com a documentação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência contribuíram para a pertinência do estudo que realizamos.

Na nossa perspetiva, a sua relevância advem das reflexões que pode proporcionar, relacionadas com o processo de prestação e documentação de cuidados à pessoa em situação crítica, e do contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados e respetiva documentação, sobretudo no contexto onde este foi realizado.

Constituiu um dos objetivos do estudo compreender se a documentação de enfermagem processada pelos enfermeiros traduz os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência, descrevendo as intervenções de enfermagem realizadas e o tipo de informação documentada.

Enquadramento

Nos últimos anos, as mudanças que tem ocorrido nas políticas de saúde e nos cuidados de saúde em geral têm vindo a provocar alterações significativas nas organizações, principalmente a nível do posicionamento da Enfermagem nestes contextos. O desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, encontra-se intimamente ligado à evolução dos cuidados de saúde e das diferentes formas organizacionais que se foram instalando para os garantir. Se num passado relativamente recente a centralidade dos cuidados era a doença e o seu tratamento, nos últimos anos esta foi transferida para o cidadão e para a promoção da saúde, sendo a doença encarada como uma intercorrência ou transição na vida das pessoas. Deste modo, hoje estão criadas condições “que vêm modificar substantivamente as necessidades em cuidados de saúde, dando assim origem

à urgência de se repensarem os modelos de exercício actualmente em uso e à emergência de novos desafios e possibilidades de desenvolvimento” (Azevedo, 2010, p. 4).

Considerando a enfermagem uma ciência que toma como foco as respostas humanas aos processos de vida e de transição da pessoa, é imprescindível que os enfermeiros desenvolvam mecanismos próprios para tornar visível os cuidados que prestam à população. De acordo com Clark citado por Goossen (2000), “o valor da enfermagem já não é evidente, mas tem de ser demonstrado àqueles que não compreendem que é derivado da prática, mas que têm o poder de influenciar ou determinar a natureza da enfermagem através de políticas ou da dotação de recursos” (p. 6). A este respeito, Silva (2006) refere que é prioritário gerir o recurso informação, e que (...) os sistemas de informação em enfermagem têm de ser alvo de investigação e reflexão, para que a natureza peculiar dos cuidados de enfermagem não fique invisível nos sistemas de informação do futuro” (p.3), pois só deste modo, os enfermeiros e a enfermagem enquanto profissão, se poderão afirmar e construir a sua identidade própria.

Neste contexto, os Sistemas de Informação (SI) e em particular os SIE, entendidos como “parte de um sistema de informação de cuidados de saúde que lida com aspectos de enfermagem, particularmente a manutenção de registos de enfermagem” (CEN/TC 251/Pt001 Medical Informatics Vocabulary first Draft Working Document in Goossen, 2000, p. 9), devem ser encarados como instrumentos capazes de dar visibilidade aos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde, possibilitando a sua descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações.

Os registos/documentação de enfermagem, enquanto “corpo dos sistemas de informação” (Teixeira & Cardoso, 2003, p. 18) devem possibilitar, entre outras, a visibilidade dos cuidados de enfermagem e a necessidade

em cuidados de enfermagem da população. No entanto, a dissonância verificada entre os cuidados de enfermagem que são prestados e o que transparece na documentação de enfermagem, deve ser considerado na implementação de SIE (Azevedo & Sousa, 2012). Deste ponto de vista, assumindo que a gestão da informação é fundamental como suporte à tomada de decisão, é importante clarificar a sua necessidade para assegurar, além das questões da visibilidade, a continuidade, a qualidade e segurança dos cuidados e, essencialmente, aquilo que as pessoas e as famílias ganham com esses cuidados (Pereira, 2009).

No que concerne à tomada de decisão do enfermeiro, o decreto-lei 161/96, de 4 de Setembro, que regulamenta o exercício profissional dos enfermeiros, no seu artigo 5.º, reiterando as competências mencionadas na carreira, pressupõe que os cuidados de enfermagem, assim como a estruturação dos registos, se caracterizem pela utilização da metodologia científica. Neste sentido, em Portugal os registos de enfermagem são uma imposição legal, tal como o é a aplicação da metodologia científica do processo de enfermagem na prestação de cuidados em todos os contextos da prática. E, a prestação de cuidados de enfermagem em “todos os contextos da prática” inclui os cuidados que são prestados pelos enfermeiros à pessoa em situação crítica em contexto de urgência, onde devido a um passado histórico e a uma conceção de cuidados essencialmente centrada no modelo biomédico, direccionado para a doença e para o seu tratamento, a prática de documentação do processo de cuidados é tradicionalmente, subvalorizada e pouco refletida pelos profissionais.

Os serviços de urgência (SU), considerados como locais onde são atendidas todas as situações clínicas de instalação súbita e com risco de estabelecimento de falência de funções vitais (DGS, 2001), podem ser caracterizados como espaços de alguma impessoalidade,

resultante da curta permanência de doentes e de profissionais, o que torna complexa a descrição dos cuidados e a sua documentação. Por outro lado, tendem a imperar princípios de intervenção orientados para a cura da doença e os ritmos de trabalho são, por vezes, acelerados. Torna-se, por isso, um verdadeiro desafio implementar, nestes contextos, modelos de cuidados que, além de prevenir complicações e limitar incapacidades (OE, 2012), facilitem ou inibam os processos individuais para a satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar da pessoa em situação crítica.

De acordo com o enquadramento legal existente, a pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento 124/2011, p. 8656). Para efeitos deste estudo, assumimos que pessoa em situação crítica inclui também aquela que recorre aos serviços de urgência por se encontrar a experienciar uma situação de transição saúde/doença, independentemente da gravidade que os profissionais lhe possam atribuir. Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656).

Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Num ambiente de ritmo acelerado, como é o do serviço de urgência, o enfermeiro tem de assimilar dados essenciais para elaborar o plano de cuidados junto do doente, sendo que muitas vezes este plano de cuidados tem de ser implementado e concluído em questão de minutos. Dada a natureza dinâmica do processo de prestação de cuidados, é exigido que o enfermeiro esteja continuamente a par das alterações no estado do doente, bem como atento a novos indícios que possam surgir no decurso da prestação de cuidados. A flexibilidade de adaptação às alterações que ocorram no doente da urgência é indispensável à manutenção de um plano de cuidados atualizado (Taylor & Taylor Jr, 2001). A documentação do processo de cuidados, assume neste contexto, uma importância fundamental, proporcionando o enquadramento organizacional para avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (Taylor & Taylor Jr, 2001).

Metodologia

Atendendo à problemática e aos objetivos definidos, optamos por um estudo ancorado no paradigma qualitativo, de carácter exploratório-descritivo, no qual participou um grupo de oito enfermeiros cuja seleção obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: prestar cuidados no setor adultos do serviço de urgência e exercer funções no contexto do estudo há mais de dois anos. Para contexto do estudo optamos por um serviço de urgência de um hospital da zona norte do país onde o sistema de informação de enfermagem se encontra estruturado em suporte eletrónico, através do aplicativo “SClinico®”, que integra os módulos médico e de enfermagem articulados entre si, permitindo o acesso aos dados pelos diferentes profissionais de acordo com perfis de acesso pré estabelecidos. O módulo de enfermagem está estruturado de acordo com os requisitos mínimos definidos

pela OE para os SIE (OE, 2007). Integra a CIPE® - Versão Beta 2 como linguagem classificada.

Recorremos a uma estratégia multimétodo de recolha de dados (observação participante, entrevista semiestruturada e análise documental), o que permitiu proceder a uma triangulação de dados no sentido de “ilustrar de uma forma mais rigorosa o fenómeno” (Denzin et al. in Streubert & Carpenter, 2013, p. 352). Os dados foram recolhidos durante o mês de Dezembro de 2013.

A opção pela observação participante, enquanto técnica que “visa compreender as pessoas e as suas actividades no contexto da acção (...)” (Correia, 2009 p. 31), consubstanciou-se na necessidade de nos envolvermos no meio e nos acontecimentos e deste modo, complementar os dados obtidos por meio dos outros instrumentos de recolha de dados. Para o efeito construímos um guião de observação centrado na observação dos cuidados de enfermagem prestados.

Outra das estratégias foi a entrevista, considerada como um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o entrevistador e os participantes e que representa, conjuntamente com a observação, um dos instrumentos essenciais na recolha de dados em abordagens qualitativas e exploratórias (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1990). Esta foi realizada após a observação participante e de acordo com um guião orientador.

Estes dois instrumentos de recolha de dados foram validados através de um teste piloto.

Considerando que a análise da documentação de enfermagem poderia constituir uma importante fonte para validar os dados obtidos através da observação e da entrevista, procedemos ainda, à análise documental produzida no SClínico®, seleccionando os registos eletrónicos de doentes de acordo com os seguintes critérios de inclusão: integrem documentação de enfermagem e a documentação de enfermagem ser

maioritariamente produzida pelos enfermeiros que participaram no estudo e no período em que decorreu a observação. Foram analisados trinta registos eletrónicos.

Para a análise dos dados obtidos recorremos à técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2011), sendo a informação tratada de forma sequencial, dando origem a uma organização final dos dados que possibilitou a comparação entre os cuidados de enfermagem prestados e a informação documentada.

As questões éticas relacionadas com a confidencialidade e a participação livre e esclarecida dos participantes foram salvaguardadas.

Para a realização deste artigo, utilizamos uma parte dos dados extraídos do estudo mais alargado sobre documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência (Alves, 2015) e o modelo de análise teve por base a CIPE®, versão beta 2.

Resultados e discussão

A análise dos dados obtidos através dos diferentes instrumentos de recolha de dados permitiu-nos identificar um conjunto de aspetos comuns às intervenções de enfermagem realizadas e à informação documentada, como ilustra a figura 1, e que passamos a explicar.

Assim, e no que se reporta a estes dois domínios, foi possível identificar os focos da prática em que se centraram as intervenções dos enfermeiros, o tipo de intervenções e ainda aspetos relacionados com a avaliação do doente, o que se enquadra nas etapas do processo de decisão clínica de enfermagem. Tornou-se, deste modo, visível a utilização desta metodologia de trabalho pelo grupo de participantes.

O REPE, no seu art.º 5.º, refere esta metodologia científica, quando regulamenta que: “Os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem metodologia científica, que inclui: a identificação dos problemas de saúde em geral e de

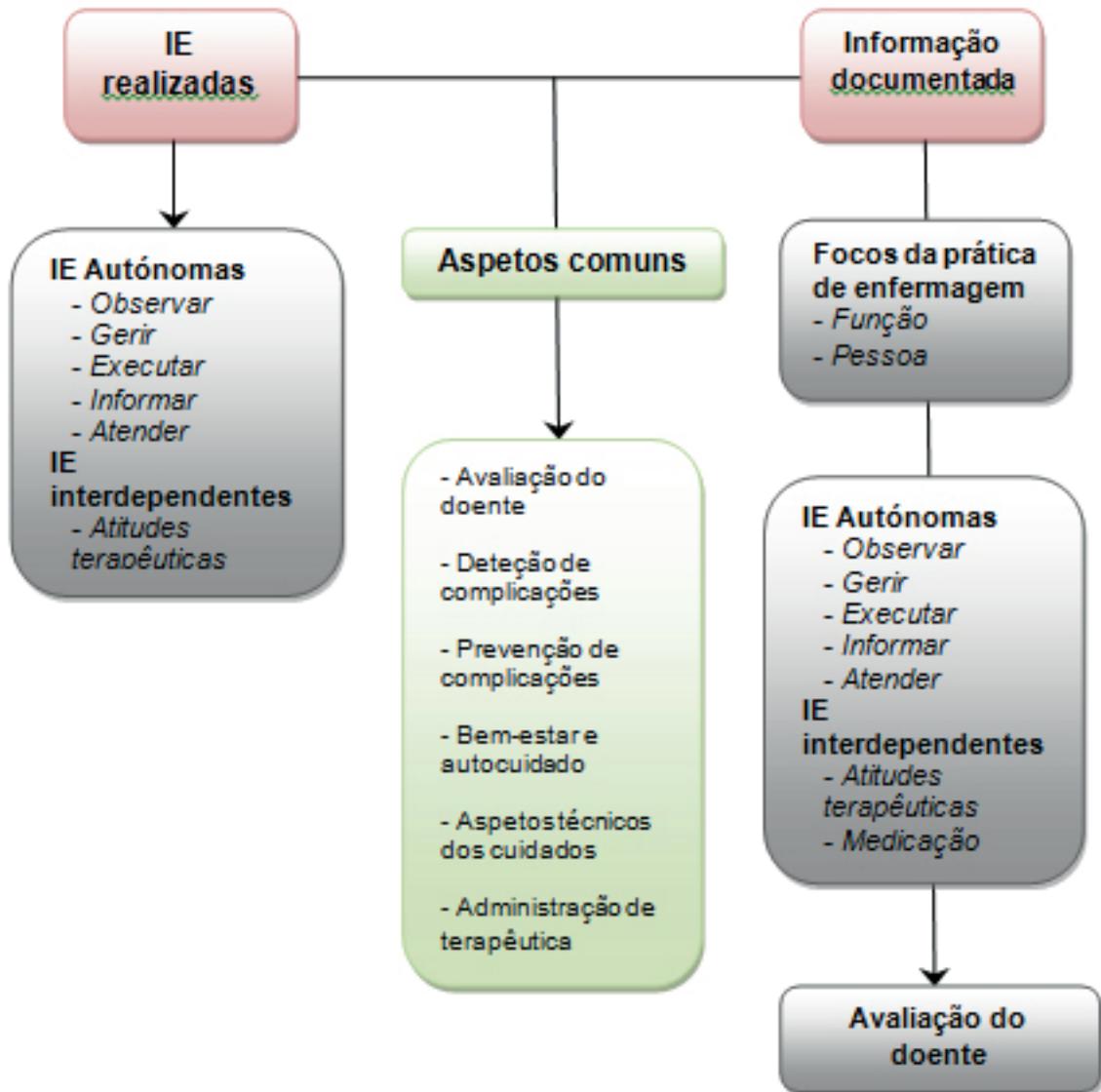


Figura 1 – Dos cuidados de enfermagem prestados... aos cuidados de enfermagem documentados

enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; a formulação do diagnóstico de enfermagem; a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; a execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções” (DL n.º 161/96, p. 2960). Nesta perspetiva Bezerra et al. (2007), que realizaram um estudo bibliográfico sobre a metodologia do

processo de enfermagem e o enfermeiro do serviço de emergência referem que o uso desta metodologia de trabalho é considerado “um instrumento valioso para o enfermeiro, principalmente da emergência”, na medida em que possibilita a avaliação e documentação dos cuidados prestados, contribuindo, de forma direta, para a melhoria dos cuidados.

Focos da prática de enfermagem

Do ponto de vista da identificação dos problemas do doente/família, e no que se reporta aos focos da prática de enfermagem

em que se centraram as intervenções dos enfermeiros, emergiu das entrevistas e da análise documental uma primazia na documentação dos focos relacionados com o domínio da função em detrimento de outros domínios incluídos na CIPE®, como é o caso dos domínios relacionados com a pessoa, família ou comunidade. Através das entrevistas, os participantes expressaram que os focos da prática, documentados inicialmente, se relacionam com a queixa principal do doente que originou o recurso ao serviço de urgência. Destes, sobressaiu a importância atribuída à dispnéia, à hipoxia, à dor e à febre.

Pela análise documental verificamos também a importância atribuída à dimensão física dos cuidados, em que os focos do domínio da função assumiram um papel de relevo.

Destes, a documentação centrou-se maioritariamente no metabolismo energético, no débito cardíaco e na úlcera de pressão. Observamos aqui uma incongruência entre o discurso proferido e o que transparece da documentação analisada: não foram os focos entendidos como prioritários para os enfermeiros, os mais documentados.

Se tivermos em consideração a definição de doente crítico, que consideramos neste estudo, percebemos que a prioridade atribuída a problemas no domínio da função, é fundamental para o planeamento dos cuidados de enfermagem a este tipo de doentes.

Também Doenges e Moorhouse (2010) referem a este propósito, que “o ponto de partida para o planeamento de cuidados consiste em hierarquizar as necessidades do cliente para que a atenção da enfermeira e as medidas subsequentes sejam correctamente direccionadas” (p. 80). Em contexto de urgência, onde o enfermeiro dispõe de tempo limitado, as situações são potencialmente graves e a afluência de doentes é grande, é importante que o enfermeiro “saiba por onde começar e quanto tempo deve consagrar a esta

ou aquela actividade” (Phaneuf, 2001, p. 236).

Estes achados, em que a ênfase dos enfermeiros na dimensão física do ser humano assume primordial relevância, são consistentes com estudos realizados recentemente no nosso país (Azevedo, 2010; Figueiredo, 2007; Leal, 2006; Silva, 2006 e Sousa 2006), e também com outros estudos realizados a nível internacional (Björvell et al., 2003 e Ehrenberg e Ehnfors, 2001). Todos eles revelaram que o domínio da função continua a ser a principal dimensão representada nos diagnósticos de enfermagem documentados pelos enfermeiros. Na opinião de autores como Basto e Portilheiro (2003) e Silva (2006), há no entanto fatores que condicionam o conteúdo da documentação de enfermagem e que se relacionam, entre outros, com a própria conceção de cuidados de enfermagem. Estes autores referem que independentemente dos contextos de prestação de cuidados, os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros e a documentação processada estão fortemente relacionadas com a sua própria conceção da enfermagem e dos cuidados de enfermagem. A este propósito Silva (2006) defende que é desejável o desenvolvimento das conceções de cuidados que ampliem o foco de atenção e promovam a “pessoalização” dos cuidados. No entanto, argumenta que esse é um processo relacionado com o próprio desenvolvimento pessoal.

Embora, como referido, os focos do domínio da função assumam preponderância na documentação dos cuidados, os focos do domínio da pessoa, como tipos de auto cuidado e queda, também foram documentados, conquanto não tenham sido referidos pelos participantes nos seus discursos. Daqui emerge a ideia do valor atribuído pelos enfermeiros também a esta dimensão, o que reforça o significado deste aspeto de saúde, no contexto deste estudo. Estes resultados são consistentes com o que emergiu do estudo de Silva (2006), em que os dados obtidos demonstraram que a dependência dos doentes face aos vários

tipos de autocuidado adquiriu visibilidade na documentação de enfermagem.

Importa aqui referir, que estes achados vão ao encontro do que propõe a OE (2002) ao considerar o “Bem-estar e o Autocuidado” como elementos estruturantes de um exercício profissional pautado por elevados padrões de qualidade.

Intervenções dos enfermeiros

No que respeita às intervenções dos enfermeiros à pessoa em situação crítica, foi possível observar que estas estão associadas aos dois domínios de competência emanados pela OE – Intervenções de Enfermagem autónomas e Intervenções de Enfermagem interdependentes (OE, 2002).

Em relação às intervenções de enfermagem autónomas, foram realizadas e documentadas um conjunto de intervenções, agrupadas de acordo com o eixo da ação da CIPE® – Versão Beta 2: observar, gerir, executar, informar e atender. Enquanto profissional autónomo, o enfermeiro é “alguém que observa a pessoa cuidada, que se apercebe das suas dificuldades e que as exprime claramente a fim de melhor identificar os meios de a ajudar” (Phaneuf, 2001, p. 102). Além disso, é um profissional de saúde que faz as suas escolhas, toma as suas decisões e executa com confiança as intervenções que decorrem delas para assegurar o bem-estar da pessoa cuidada. Neste sentido, e no que respeita às intervenções de enfermagem do tipo observar, verificamos que elas se relacionaram, essencialmente, com a monitorização e a vigilância do doente, constituindo estas as intervenções mais realizadas. Assim, observamos que os enfermeiros monitorizaram sinais vitais, balanços hídricos e glicemias capilares; avaliaram o estado geral do doente, o estado de consciência, o ritmo cardíaco, entre outros. Também os dados emergentes do discurso dos participantes e da análise documental, revelaram que este domínio das intervenções de enfermagem foi o mais documentado.

Figueiredo (2007), chegou a resultados semelhantes no seu estudo sobre conceção de cuidados de enfermagem que emerge da documentação de enfermagem, embora numa área diferente – a da pessoa em fim de vida. Estes achados também são consistentes com o preconizado pela OE (2011), na medida em que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (p. 3).

Através de intervenções relacionadas com a monitorização e vigilância do doente, os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros a determinar as mudanças no estado do doente e neste sentido, Benner (2001) refere, que “(...) estas mudanças podem ser descobertas com a ajuda dos sinais vitais e de certos dados de observação relativamente claros” (p. 123).

A análise dos dados que emergiu das entrevistas orientou-nos para a discussão de uma outra questão. Ainda no âmbito das intervenções do tipo observar, os participantes referiram que documentavam as intervenções relacionadas com os diagnósticos de enfermagem considerados prioritários para o doente, nomeadamente documentação de sinais vitais e vigilâncias. Ora, como discutido anteriormente, os diagnósticos de enfermagem considerados prioritários para o doente não foram os mais documentados, ao contrário do que aconteceu com as intervenções de enfermagem. Surge assim, uma incongruência entre a identificação do diagnóstico de enfermagem e as intervenções de enfermagem que lhe estão associadas, o que entra em conflito com um dos aspetos centrais associados ao conteúdo e à estruturação do modelo de SIE, definido pela OE (2007). Referimo-nos ao critério relativo à “integridade referencial entre: diagnósticos,

status, intervenções e dados da observação/vigilância do doente” (p. 4). De acordo com este critério, estes dados devem estar internamente relacionados, de modo a obter, entre outros, “as diferentes intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico” e “os diferentes registos relativos às intervenções do tipo observar associadas à intervenção e, portanto, ao diagnóstico de enfermagem (...)” (p. 4). Neste ponto da discussão, consideramos oportuno, tal como Silva (2006), colocar a seguinte questão: “Deve o SIE permitir a documentação da intervenção sem, necessariamente exigir a documentação do diagnóstico de enfermagem” (pp. 220-221)? Esta é de facto uma questão que na nossa perspetiva requer reflexão e análise.

As intervenções de enfermagem do tipo gerir que observamos, centraram-se na prevenção de complicações, nomeadamente na gestão de medidas de segurança no que concerne à aspiração, à convulsão e à ansiedade, o que não se traduziu no discurso dos enfermeiros nem na informação documentada. Mais uma vez verificamos que não existe coerência entre os cuidados de enfermagem prestados e a documentação processada. Não obstante tal facto, verificamos que a documentação de enfermagem incluiu outras intervenções com vista à prevenção de complicações, nomeadamente à prevenção de úlcera de pressão, como se observou nos registos eletrónicos analisados. Esta dimensão dos cuidados, que se relaciona com intervenções de enfermagem, realizadas no sentido de prevenir precocemente complicações, vai de encontro a um domínio importante do exercício profissional dos enfermeiros, consagrado nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011), que no enunciado descritivo número três, epigrafado “Prevenção de Complicações”, refere: “na procura permanente da excelência

no exercício profissional, o enfermeiro/enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica através da identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro/enfermeiro especialista tem competência (de acordo com a mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (p. 5).

No âmbito das intervenções de enfermagem do tipo informar observamos que os participantes executaram estas intervenções numa lógica transmissiva, em que o doente, família ou prestador de cuidados foram encarados como sujeitos passivos ou simples recetores da informação. Foram intervenções de enfermagem centradas na transmissão de informação acerca do estado do doente, da terapêutica administrada, de execução de tratamentos ou então informação de âmbito geral relacionada com dinâmicas do serviço. Verificamos, no entanto, que um dos participantes realizou intervenções de enfermagem centradas no ensino ao prestador de cuidados acerca da alimentação por gavagem. O próprio REPE refere que “(...) em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais: procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos” (DL n.º 161/96, p. 2961). Nos seus discursos, os participantes revelaram que não consideram as intervenções de enfermagem do tipo informar essenciais em contexto de urgência. Pela análise documental, verificamos que apenas foram documentadas três intervenções neste domínio relacionadas com o ensino ao doente ou prestador de cuidados. Figueiredo (2007), no seu estudo realizado no âmbito dos cuidados paliativos, também verificou que os enfermeiros se limitavam à descrição,

na documentação, da receção ou não de visitas, o que não dá visibilidade à atenção dos enfermeiros às famílias e às intervenções de enfermagem realizadas. Também Silva (2012) no seu estudo sobre as vivências da família do doente em contexto de cuidados intensivos sugere a necessidade de “um melhor acompanhamento dos familiares, por parte dos enfermeiros” (p. 59). Entendendo que os enfermeiros são o grupo profissional que permanece durante um maior número de horas junto da pessoa doente, que mantém com ela e com a família uma relação de maior proximidade, e constituindo a comunicação uma competência fundamental na relação interpessoal, que caracteriza a enfermagem como profissão de ajuda (Lazure in Correia, 2012), foi visível que este tipo de intervenções ocorreu com pouca frequência.

As intervenções de enfermagem do tipo executar, a par das intervenções de enfermagem do tipo observar, foram as mais realizadas pelos participantes. Observamos que os enfermeiros executaram um conjunto de procedimentos técnicos, que se relacionaram com o posicionar, aspirar, algaliar, ventilar, dar banho, alimentar, entre outros. Neste domínio de intervenção, os dados emergentes da análise documental foram consistentes com a observação, centrando-se as intervenções de enfermagem nas necessidades humanas básicas e nas atividades de manutenção de vida. Para Phaneuf (2001), a execução das intervenções requer “os conhecimentos do enfermeiro, as suas habilidades perceptuais e intelectuais, o seu julgamento, a sua capacidade de tomar decisões ao mesmo tempo que as suas aptidões técnicas e as suas aptidões para as relações interpessoais” (p. 303).

No domínio do atender, observamos intervenções relacionadas com o conforto da pessoa doente e com o assistir a pessoa em atividades relacionadas com o autocuidado. A análise documental, relacionada com este domínio das intervenções de enfermagem, muito embora sobreponível ao que emergiu da

observação, evidenciou também intervenções relacionadas com a prevenção de complicações, centradas na queda e na prevenção da úlcera de pressão. Mais uma vez, a prevenção de complicações emergiu dos dados obtidos, o que vai de encontro ao enunciado descritivo da OE, referido anteriormente. Ainda no âmbito do atender pudemos testemunhar o modo único como os enfermeiros interagiram em resposta às diversas necessidades do doente. Foi para nós evidente a forma como tocavam o doente, quer no intuito de o acalmar, quer durante a prestação de cuidados ou apenas enquanto vigiavam determinados parâmetros vitais. Dos resultados da análise documental não transpareceu esta dimensão das intervenções de enfermagem, o que é concordante com os estudos realizados por Correia (2012), Figueiredo (2007) e Silva (2006). A este propósito Silva (2006), argumenta que “há aspectos de cuidados que a documentação não traduz porque as palavras não dizem” (p. 299). Ainda no que concerne às intervenções de enfermagem do tipo atender observamos uma preocupação na interação dos participantes com os familiares, no entanto as intervenções centraram-se essencialmente na preocupação em identificar a família ou o prestador de cuidados e na facilitação no acompanhamento do doente. A inclusão da família no processo de cuidados não foi observada nem a documentação de enfermagem deixou transparecer intervenções nesse sentido. Correia (2012), no estudo realizado em contexto de cuidados intensivos, refere que o facto de incluir a família no processo de cuidados, permite ao enfermeiro “alargar a sua capacidade para interagir num sentido ético, entendendo a necessidade de atribuir intervenções no seu plano de cuidados, que contemplem as necessidades de informação, escuta e encaminhamento que muito provavelmente estarão presentes na família” (pp.121-122). Esta dificuldade de intervir no processo de interação com os familiares também foi evidenciada, noutros

estudos, para além do estudo supracitado e realizados recentemente, como é o caso do já referido estudo de Silva (2012) realizado com a família do doente crítico em contexto de cuidados intensivos e do estudo de Chambel (2012) no âmbito do cuidar na presença de acompanhantes em contexto de urgência.

No que respeita às intervenções interdependentes, cujo domínio se centra nas intervenções iniciadas pela prescrição médica, em que a tomada de decisão médica inicia o fluxo de dados, observamos que os participantes ancoraram a sua intervenção na medicação e nas atitudes terapêuticas. As intervenções relacionadas com a medicação, e que consumiram grande parte do tempo destinado aos cuidados, foram executadas com regularidade e vão de encontro ao que se encontra consagrado no REPE, relativamente à intervenção dos enfermeiros, que de acordo com as suas competências “procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais (DL n.º 161/96, p. 2961).

Pela observação, constatamos a preocupação dos enfermeiros no cumprimento de prescrições médicas, nomeadamente prescrições relacionadas com medicação, o que foi sobreponível aos registos efetuados, e que na nossa perspetiva pode traduzir a importância atribuída a atividades relacionadas com o tratamento da doença, denotando uma forte influência do modelo biomédico. Romano et al. citados por Leal (2006) também constataram que os registos de enfermagem apresentavam algumas lacunas, mas eram substancialmente completos no que se referia às prescrições médicas e aos dados de observação do doente.

As atitudes terapêuticas, intervenções iniciadas ou executadas em colaboração com o médico também foram observadas

e documentadas e relacionaram-se com decisões de iniciar oxigenoterapia, entubação endotraqueal, proteção de via aérea, colocação de sonda nasogástrica, entre outras, maioritariamente intervenções do tipo executar. Emerge deste tipo de intervenções a ideia de trabalho em equipa, fundamental em contexto de urgência.

Avaliação do doente

Os aspetos relacionados com a avaliação do doente centraram-se na avaliação inicial e na avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.

No que concerne à avaliação inicial, observamos que esta foi realizada pelos enfermeiros no momento da admissão do doente, que no intuito de planearem as intervenções de enfermagem, procederam à avaliação das reais necessidades do doente, através da colheita de dados, o que lhes permitiu estabelecer prioridades de cuidados. Através dos dados emergentes das entrevistas e da análise documental, foi visível a importância atribuída pelos participantes à obtenção e registo de dados relativos à situação da doença atual ou queixa do doente, aos antecedentes pessoais de doença e ao exame físico. Consideraram ainda importante o registo de informação relacionada com o contacto do prestador de cuidados. Estes achados vão de encontro ao que Phaneuf (2001) refere: “a primeira colheita de dados visa, em primeiro lugar, responder às expectativas e às necessidades mais urgentes da pessoa, pois não podemos isolar no processo diagnóstico os cuidados imediatos” (p.121). Também Doenges e Moorhouse (2010), referem a este propósito, que a avaliação inicial realizada pelo enfermeiro no momento da admissão se deve concentrar “em estabelecer um perfil do cliente que permite identificar os seus problemas ou necessidades [imediatos] e correspondentes diagnósticos e intervenções de enfermagem” (p.14). Esta autora refere ainda, que os primeiros dados devem ser

breves e pertinentes, “pois a pessoa que acaba de chegar pode estar em sofrimento, ansiosa ou amedrontada devido a este novo meio” (p. 122).

Importa, no entanto, referir a pouca relevância que a informação inicial, relacionada com outros padrões funcionais assumiu. Pensamos que esta realidade pode ter subjacente o facto de, neste contexto, a avaliação inicial se circunscrever a dados de avaliação primária (via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica, entre outros) centrada mais no domínio da função. Os dados referentes à avaliação inicial foram apenas registados em setores onde o doente permaneceu em vigilância durante mais tempo (sala de observações e Medicina), o que, de certo modo, não é concordante com a importância atribuída pelos participantes à sua documentação, nos discursos proferidos.

A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados foi outro aspeto que emergiu dos dados obtidos. A este respeito Silva (2006), ao referir a documentação de dados relativos à evolução dos doentes face aos diagnósticos de enfermagem argumenta, que ela “é muito importante, quer para a continuidade e gestão dos cuidados de enfermagem, quer para a produção de indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” (p. 281). Assim, pela observação, verificamos que as intervenções de enfermagem realizadas se reportaram, essencialmente, à monitorização da evolução da dor e à resposta do doente à terapêutica administrada o que também foi verbalizado pelos participantes. Na nossa perspetiva, estes dados evidenciam uma forte importância atribuída à avaliação de intervenções de enfermagem interdependentes, nomeadamente no que concerne à eficácia da medicação prescrita e administrada. Não obstante este facto, verificamos também pela observação, que um dos enfermeiros, através de ações centradas na gestão da crise, reverteu situações relacionadas com a ansiedade associada a crise conversiva.

Quando procedemos à análise documental, constatamos que a tomada de decisão do enfermeiro em relação a esta situação não foi documentada, o que em nosso entender, pode estar relacionado, entre outros, com a dificuldade de “enunciar as situações que requerem cuidados e os próprios cuidados de enfermagem, o que acentua uma diminuta visualização da qualidade dos cuidados prestados” (Sousa, 2006, p. 146), ou com os próprios modelos de cuidados em uso. Esta dificuldade pode explicar o facto das notas de campo decorrentes da observação ilustrarem uma realidade diferente da que emergiu da análise documental. Basto e Portilheiro (2003), nos seus estudos, também verificaram que os enfermeiros portugueses verbalizavam pouco as consequências dos cuidados de enfermagem ou resultados esperados.

A avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem é, para Phaneuf (2001), “uma etapa bastante complexa que reúne um conjunto de elementos” (p. 341) e tem por finalidade assegurar cuidados de qualidade. Desta forma, os resultados de enfermagem desejados e obtidos devem ter um forte contributo de intervenções de enfermagem autónomas (Pereira, 2009), o que não foi visível nos dados obtidos. Este facto, por si só, faz-nos perspetivar a avaliação dos cuidados, baseada em intervenções interdependentes e relativamente a diagnósticos de enfermagem, que neste contexto de estudo, não são sensíveis, exclusivamente a intervenções autónomas de enfermagem.

Importa agora, voltar a uma questão central nesta discussão em torno das intervenções realizadas e dos cuidados de enfermagem documentados, que se relaciona com o facto de na informação documentada não transparecerem, de um modo geral, os cuidados de enfermagem realizados e considerados prioritários pelos participantes, embora eles o tenham referido como critério subjacente à própria documentação. Da própria documentação de cuidados não

sobressaem aspetos relacionados com a tomada de decisão do enfermeiro no setor de emergência, onde o registo foi escasso, ou então quando realizado o foi em linguagem natural. Observamos, no entanto, intervenções de enfermagem autónomas e concordantes com o mandato social da profissão, neste setor de atendimento, nomeadamente intervenções relacionadas com a manutenção das funções básicas de vida.

De facto esta situação pode ser atribuída a múltiplos fatores, mas um aspeto que nos parece congruente com esta situação tem a ver com o que Silva (2006) chama “ideia de planeamento da acção” (p. 219). Este autor refere que quando a documentação do planeamento precede a ação ou quando a ação precede o planeamento, “parece não haver problema quanto à documentação da tomada de decisão”, mas nos casos em que a “acção precede o próprio pensamento racional para a tomada de decisão, como no caso da intuição, a situação é bem diferente” (p. 219) e aspetos prioritários da tomada de decisão podem ficar ocultos dos sistemas de informação de enfermagem.

Conclusão

Os serviços de urgência são contextos de cuidados com características muito próprias, onde os doentes constituem uma população original e pouco homogénea nas suas características sociais e onde a prática de enfermagem requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento de âmbito geral e especializado. Nestes contextos de cuidados, o enfermeiro dispõe de pouco tempo para planear os cuidados, mas necessita da informação retirada do plano de cuidados, tornando-se vital a utilização rigorosa e eficiente do processo de enfermagem para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados ao doente e família. No entanto, o carácter por vezes obrigatório da utilização da metodologia do processo de enfermagem nos sistemas de documentação,

tem conduzido a uma certa imagem negativa, sendo frequente a sua conotação com um conjunto de registos ou procedimentos, que pouco ou nada têm a ver com o processo de pensamento efetivo dos enfermeiros na prestação de cuidados. Esta noção está particularmente subjacente aos enfermeiros que prestam cuidados em contexto de urgência, onde a tomada de decisão é orientada, muitas vezes, por aspetos práticos da situação, desvalorizando a subjetividade e os sentimentos do doente sobre a experiência de doença súbita ou acidente, centrando-se mais no tratar que no cuidar.

Deste estudo, centrado nas intervenções de enfermagem realizadas e na informação documentada, emergiram conclusões que nos ajudaram a compreender a realidade da temática. Assim, os cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa em situação crítica em contexto de urgência englobaram intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, centradas maioritariamente na vigilância, prevenção de complicações e na execução de atos técnicos. A documentação dos cuidados, realizada essencialmente em linguagem classificada, centrou-se na avaliação inicial do doente, nos diagnósticos de enfermagem, nas intervenções de enfermagem e na avaliação dos resultados, o que é consistente com as etapas do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem.

A necessidade em cuidados de enfermagem da família/prestador de cuidados, bem como a avaliação da resposta do doente às intervenções de enfermagem não adquiriu visibilidade significativa.

Sobressai ainda que a documentação dos cuidados de enfermagem não traduz a totalidade das intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em situação crítica, neste contexto de estudo, porque não revela duas áreas importantes da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência: a tomada de decisão face aos cuidados de enfermagem do domínio do

atender e do informar e a tomada de decisão autónoma de enfermagem face a situações de urgência onde os aspetos prioritários dos cuidados não adquiriram a visibilidade que os enfermeiros lhe atribuíram na prática. Assumindo que a prática dos enfermeiros e a informação documentada estão fortemente relacionadas com um quadro de referência que engloba conceitos, valores ou crenças, pressupostos estes, que correspondem à conceção de cuidar em enfermagem de cada um, transparece deste estudo uma conceção de cuidados focalizada na cura e na atenção dirigida, maioritariamente, à parte do corpo doente e não à pessoa como um todo.

Da documentação de enfermagem transpareceram modelos de cuidados ancorados numa perspetiva biomédica com alguma tendência para modelos orientados para as necessidades da pessoa.

O desenvolvimento deste estudo permitiu delinear um conjunto de sugestões e perspetivas futuras para a prática de cuidados em saúde, para a formação e gestão e para a investigação. Consideramos primordial a partilha dos resultados com a equipa de enfermagem onde este se desenvolveu, com o objetivo de proporcionar momentos de reflexão acerca do conteúdo dos registos de enfermagem, e consequentemente, acerca da natureza dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência. Também a realização de auditorias periódicas à documentação e aos cuidados de enfermagem, a definição de critérios mínimos de registos relativamente a alguns aspetos da documentação e o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em relação a focos de atenção selecionados, se perspetivam como estratégias a desenvolver no âmbito da formação e da gestão.

Sugerimos o desenvolvimento de outros estudos acerca da problemática dos SIE e da documentação dos cuidados de enfermagem em contextos de urgência, no sentido de definir

a necessidade em cuidados de enfermagem da pessoa em situação crítica, o domínio da intervenção autónoma do enfermeiro e a consequente visibilidade dos cuidados de enfermagem e dos benefícios destes para o doente/família, assim como estudos que permitam a criação de um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem e de catálogos CIPE® no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

Referências bibliográficas

ALVES, TERESA Maria Cerqueira – A Pessoa em situação crítica em contexto de urgência: dos cuidados de enfermagem prestados... aos cuidados de enfermagem documentados. Viana do Castelo. Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde, 2015. Tese de mestrado.

AZEVEDO, Paulo Manuel Dias da Silva – Partilha de informação de enfermagem sobre prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de mestrado.

AZEVEDO, Paulo Manuel Silva e SOUSA, Paulino Artur Ferreira – Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. Referência. Coimbra. III série, n.º 7. Julho de 2012, pp. 113-122.

BARDIN, Lawrence – Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASTO, Marta Lima e PORTILHEIRO, Catarina – Concepções de Cuidados de Enfermagem: o que dizem os enfermeiros. Revista Investigação em Enfermagem, n.º7. Fevereiro de 2003, pp. 42-51.

BENNER, Patricia – De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BEZERRA, Adriana Bueno, [et al] – A sistematização da assistência de enfermagem e o enfermeiro no serviço de emergência:

um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*. [Em linha] Janeiro-Julho 1 (1) 1-16 de 2007. <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>.

BJÖRVELL, Catrin, WREDLING, R. e THORELL-EKSTRAND, I – Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4). 2003, pp. 402-410.

CHAMBEL, Élia Maria Gil Marques – Cuidar no serviço de urgência na presença de acompanhantes. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Tese de mestrado.

CORREIA, Maria da Conceição Batista – A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*. 2.º Semestre. Set. 2009, Vol. 13, n.º 2, pp. 30-36.

CORREIA, Maria da Conceição Batista – Pcesso de construção de competências nos enfermeiros em UCI. Lisboa: Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2012. Tese de doutoramento.

DECRETO-LEI n.º 161/96 DR I Série. 205 (1996/09/04) 2959-2962

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Rede hospitalar de urgência/emergência. Direcção de Serviços de Planeamento. Lisboa, 2001, 24 p. ISBN 972-9425-99-X.

DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary Frances – Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-57-8.

EHRENBERG, Anna e EHNFORSS, Margareta – The accuracy of patient records in swedish nursing homes: congruence of record content and nurses and patients descriptions. *Nordic College of Caring Sciences*. 2001, pp. 303-310.

FIGUEIREDO, Rita Maria de Sousa de Abreu – A pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidados que emergem da documentação de cuidados. Porto: Instituto

de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de mestrado.

GOOSSEN, William T. F. – Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. *Enfermagem*. 2.ª série, 2000, Vol. n.º 18. ISSN 0871-0775.

LEAL, Maria Teresa – ACIPE e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-20-8.

LEI n.º 111/2009, DR I Série. 180 (2009/09/16).

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel e BOUTIN, Gérald – Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. Lisboa: Instituto Piaget, 1990. ISBN: 972-9295-75-1.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Divulgar. Lisboa. Setembro de 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Divulgar. Lisboa. Agosto de 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa. Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) - princípios básicos de arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. 24 de Abril de 2007.

PEREIRA, Filipe – Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5.

PHANEUF, Margot – Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-78-3.

REGULAMENTO N.º 124/2011. DR II

Série. 35 (2011/02/18) 8656-8657.

SILVA, Abel Avelino Paiva – Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Porto: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-76-X.

SILVA, Anabela Gonçalves – A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos: vivências da família. Viana do Castelo. Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde, 2012. Tese de mestrado.

SOUSA, Paulino – Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde. Coimbra: Formasau, 2006.

STREUBERT, Helen J. e CARPENTER, Dona Rinaldi – Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. Loures: Lusodidacta, 2013. ISBN 978-989-8075-34-5.

TAYLOR, Janet P. e TAYLOR Jr, Joe E. – O processo de enfermagem de urgência e diagnóstico de enfermagem. In SHEEHY, Susan – Enfermagem de urgência: da teoria à prática. 4.^a Edição. Loures: Lusociência, 2001, pp. 9-16. ISBN 972-8383-16-9.

TEIXEIRA, João Miguel e CARDOSO, Pedro Fernando da Silva – Sistemas de informação - o que registar? Nursing, n.º 182. Novembro de 2003, pp. 18-19.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

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

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

Devem estruturar-se da seguinte forma:

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

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

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

Desenvolvimento da temática

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

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

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

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

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

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

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

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

Discussão: 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 5€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

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

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

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

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

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

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Monografias;

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

Artigos de publicações periódicas;

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

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