



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº29 SÉRIE 2 - NOVEMBRO 2019

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

7

EFICÁCIA DE PROGRAMAS DE MINDFULNESS NO BEM-ESTAR DE CRIANÇAS EM CONTEXTO ESCOLAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

EFFICACY OF MINDFULNESS PROGRAMS IN THE WELL-BEING OF CHILDREN IN A SCHOOL CONTEXT: AN INTEGRATIVE REVIEW

EFICACIA DE PROGRAMAS DE MINDFULNESS EN EL BIENESTAR DE NIÑOS EN CONTEXTO ESCOLAR: REVISIÓN INTEGRATIVA

Daniela Lourenço Pinto; Joana Catarina Gonçalves Grácio; Maria do Rosário da Cruz Morais; Sancha Tatiana Lourenço Martins; Sónia Cristina Sá Casimiro Pereira; Rosa Cristina Correia Lopes

9

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA E LESÕES FACIAIS: DETERMINANTES PARA O SEU DESENVOLVIMENTO EM INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS, UMA REVISÃO INTEGRATIVA

NON-INVASIVE VENTILATION AND FACIAL INJURIES: DETERMINANTS FOR THEIR DEVELOPMENT IN HOSPITALIZED INDIVIDUALS, AN INTEGRATIVE REVIEW

VENTILACIÓN NO INVASIVA Y LESIONES FACIALES: DETERMINANTES PARA SU DESARROLLO EN INDIVIDUOS HOSPITALIZADOS, UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Carlos Quitério; Isabel Cordeiro; Mariana Pereira

21

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL

NON-INVASIVE VENTILATION AND FACIAL INJURIES: DETERMINANTS FOR THEIR DEVELOPMENT IN HOSPITALIZED INDIVIDUALS, AN INTEGRATIVE REVIEW

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA MUCOSITIS ORAL

Rute Severino

33

O PAPEL DO PAI NA GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO: PERCEÇÕES PATERNAS

FATHER'S ROLE IN PREGNANCY, CHILDBIRTH AND POSTPARTUM: PARENTAL PERCEPTIONS

EL PAPEL DEL PADRE EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL POSPARTO: PERCEPCIONES DE LOS PADRES

Carina Rodrigues

41



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

Luis 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*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Propriedade, Administração/Ownership, Sede do Editor e Sede de Redação: Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

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

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

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

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

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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

EDITORIAL

O envelhecimento da população e o aumento da doença crónica tem contribuído cada vez mais para a dependência nos autocuidados da pessoa idosa. A necessidade de cuidados de saúde em relação a este grupo populacional tem aumentado exponencialmente, mas os recursos humanos na maioria dos contextos são insuficientes. Para dar resposta a esta necessidade torna-se imperioso encontrar estratégias inovadoras integrando progressivamente o desenvolvimento de novas tecnologias.

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento no desenvolvimento de novos dispositivos na área da saúde, que são utilizados por uma ampla variedade de profissionais que cuidam de doentes com diferentes características e em contextos diversos. Provavelmente também nós, nos diversos contextos clínicos, enfrentámos situações com necessidade de recorrer à improvisação (aliás uma teoria proposta por Miguel Pina e Cunha com desenvolvimento conceptual interessante) para responder às necessidades de cuidados e segurança dos doentes, seja por indisponibilidade de dispositivos pelas instituições, seja por nos depararmos com situações novas e desconhecidas, para as quais a criatividade é um elemento chave nas soluções a adotar e a implementar.

A maioria dos dispositivos em saúde têm sido desenvolvidos por engenheiros biomédicos, sempre em parceria com profissionais da área da saúde, reconhecendo-se as mais valias e competências que desenvolveram durante a sua formação e, evidentemente, todo o contributo que esses dispositivos têm para a melhoria dos cuidados de saúde e da segurança dos doentes.

No entanto, ao longo das últimas décadas os profissionais de enfermagem estiveram na génese e conceção de alguns de dispositivos e equipamentos como resposta às necessidades dos doentes (ex: carro de emergência; saco de colostomia; óculos de fototerapia neonatal) e, nos últimos anos, têm colaborado e participado com maior frequência e intensidade, em parceria com profissionais de outras áreas, na criação e desenvolvimento de novos dispositivos de saúde, verificando-se também um aumento da procura das empresas para desenvolver parcerias.

Problemas de saúde complexos exigem uma resposta altamente qualificada por parte de equipas de profissionais de várias disciplinas. Quando a visão da engenharia biomédica é expandida para incluir a perspetiva prática da enfermagem, ou vice-versa, surgem naturalmente oportunidades para uma maior interface tecnologia-enfermagem e subsequente inovação, com ganhos evidentes para todos os doentes e a sociedade. Uma abordagem inovadora para dar resposta a problemas clínicos que combinam diversas perspetivas tem o potencial de causar uma mudança de paradigma significativa nas inovações direcionadas ao atendimento do doente, na prática de enfermagem e nos cuidados de saúde em geral.

Estamos numa fase de verdadeira mudança de paradigma, para o qual têm contribuído diversas iniciativas e projetos interdisciplinares, onde se reconhece a mais valia da participação dos profissionais de enfermagem nas diversas fases de inovação clínica - que se iniciam com a identificação de problemas em contexto clínico, passando pelo desenvolvimento de uma solução técnica, até a avaliação dos resultados dessa inovação.

Nesta área, não podemos deixar de realçar o trabalho desenvolvido pelo TecCare, projeto integrador de Investigação experimental e aplicada em tecnologias de cuidados de saúde, da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), nomeadamente pela sua equipa de investigadores, com a coordenação científica do Prof^o Manuel Rodrigues e coordenação executiva do Prof^o Pedro Parreira e Prof^a Anabela Salgueiro-Oliveira.

Um exemplo a acompanhar com muita atenção!

Arménio Cruz

EFICÁCIA DE PROGRAMAS DE MINDFULNESS NO BEM-ESTAR DE CRIANÇAS EM CONTEXTO ESCOLAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Daniela Lourenço Pinto⁽¹⁾; Joana Catarina Gonçalves Grácio⁽²⁾; Maria do Rosário da Cruz Morais⁽³⁾; Sancha Tatiana Lourenço Martins⁽⁴⁾; Sónia Cristina Sá Casimiro Pereira⁽⁵⁾; Rosa Cristina Correia Lopes⁽⁶⁾



Resumo

Enquadramento: O bem-estar das crianças é um indicador importante para o seu desenvolvimento, pelo que importa perceber a eficácia do mindfulness na promoção e/ou melhoria do bem-estar das mesmas.

Objetivo: Mapear as evidências no que diz respeito à eficácia de programas de mindfulness no bem-estar de crianças entre os 5 e os 11 anos, em contexto escolar.

Metodologia: A revisão baseou-se na metodologia do Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE via PubMed e CINAHL via EBSCO, com a utilização das palavras-chave mindfulness, child e well-being e um limite temporal de abril de 2008 a abril de 2018.

Resultados: Foram incluídos 3 estudos na revisão (n = 201). Verificou-se que em todos existiu melhoria das funções cognitivas das crianças e em dois dos estudos verificou-se uma melhoria do bem-estar sócio-emocional.

Conclusão: A utilização de intervenções baseadas no mindfulness, para crianças em contexto escolar, evidenciou influências positivas na saúde mental, em várias dimensões do bem-estar sócio-emocional e nas funções cognitivas das mesmas.

Palavras-chave: atenção plena; criança; bem-estar

Abstract

EFFICACY OF MINDFULNESS PROGRAMS IN THE WELL-BEING OF CHILDREN IN A SCHOOL CONTEXT: AN INTEGRATIVE REVIEW

Background: The well-being of children is an important indicator for their development, so it is important to realize the efficacy of mindfulness in the promotion and / or improvement of their well-being.

Objective: To map the evidences regarding the effectiveness of mindfulness programs in the well-being of children between the ages of 5 and 11, in school context.

Methodology: The review followed the Joanna Briggs Institute methodology. The research was carried out in the databases MEDLINE via PubMed and CINAHL via EBSCO, using the keywords mindfulness, child and wellness using the time limit from April 2008 to April 2018.

Results: Three studies were included in the review (n = 201). It was found that in all there was an improvement in the children's cognitive functions and in two of the studies there was an improvement in the socio-emotional well-being.

Conclusion: The use of mindfulness-based interventions for children in a school context has demonstrated positive influences on mental health, on various dimensions of social-emotional well-being, and on their cognitive functions.

Keywords: mindfulness; child; well-being

Resumen

EFICACIA DE PROGRAMAS DE MINDFULNESS EN EL BIENESTAR DE NIÑOS EN CONTEXTO ESCOLAR: REVISIÓN INTEGRATIVA
Marco contextual: El bienestar de los niños es un importante indicador para su desarrollo, es importante que realice la eficacia de la mente en la promoción y / o mejoras de su bienestar.

Objetivo: Para asignar las evidencias con respecto a la eficacia de los programas de fondo en el bienestar de los niños entre las clases de 5 y 11 en un contexto de contexto.

Metodología: La revisión seguida de la Joanna Briggs Institute. La investigación se llevó a cabo en las bases de datos MEDLINE a través de PubMed y CINAHL a través de EBSCO, utilizando las palabras claves de la mente, el niño y la vida utilizando el límite de tiempo de abril de 2008 a abril de 2018.

Resultados: Tres estudios se incluyeron en la revisión (n = 201). Se ha encontrado que todas las mejoras en las actividades de las actividades cognitivas del niño y en dos de los estudios han sido una mejora en el socio-emocional.

Conclusión: El uso de las actuaciones para los niños en el contexto escolar ha influido positivamente en la salud mental, en varias dimensiones de social-emocional, y en sus funciones cognoscitivas.

Palabras clave: atención plena; niño; bienestar

Submetido em dezembro 2018. Aceite para publicação em maio 2019

⁽¹⁾Enfermeira; Bolsista de Investigação na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde; Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

⁽²⁾Enfermeira na Cirurgia Maxilo-Facial e Plástica – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Mestre em Saúde Pública; Estudante da Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

⁽³⁾Enfermeira na Casa dos Pobres de Coimbra; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

⁽⁴⁾Enfermeira na Casa dos Pobres de Coimbra; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

⁽⁵⁾Enfermeira na Cirurgia Geral - Internamento, Instituto Português de Oncologia de Coimbra; Estudante da Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

⁽⁶⁾Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental; Doutora em Ciências de Enfermagem

Introdução

O *mindfulness*, ou atenção plena, tem a sua origem em princípios e tradições filosóficas budistas, no entanto, a sua prática pode eficazmente ser adotada sem a utilização do vocabulário e componente religiosa (Melbourne Academic Mindfulness Interest Group, 2006). Considerada como uma terapia cognitivo-comportamental de 3ª geração (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015), foi Jon Kabat-Zinn, professor da *University of Massachusetts Medical Center*, que desenvolveu este conceito no final dos anos 70, ao desenvolver um programa ao que hoje chamamos *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR; Savel & Munro, 2017). De acordo com Jon Kabat-Zinn (como referido por Savel & Munro, 2017, p. 433), *mindfulness* pode ser definido como “prestar atenção, de forma intencional, ao momento presente . . . é uma abordagem para o desenvolvimento de novos tipos de controlo e sabedoria nas nossas vidas, com base nas nossas capacidades internas de relaxamento, prestando atenção, consciência e perceção”.

O *mindfulness* tem vindo a ser cada vez mais utilizado como uma ferramenta para melhorar a qualidade de vida, tratando-se de uma forma de meditação que ensina a pessoa a focar-se na consciência do momento presente. Nesta prática, a atenção plena e focada, tem um impacto positivo sobre a saúde física e mental, reduzindo o *stress* e aumentando/potenciando a capacidade de regular as emoções (Knoblock, 2017).

A utilização de práticas baseadas no *mindfulness* em adultos tem sido amplamente estudada, com eficácia demonstrada, tendo vindo a aumentar o número de estudos acerca deste tipo de intervenções. No entanto, no que diz respeito a crianças, só mais recentemente se tem desenvolvido alguma investigação relacionada com a utilização deste tipo de abordagem.

No que diz respeito ao bem-estar, a definição dos indicadores que permitem avaliar o bem-estar das crianças tem vindo a ser estudada por

vários autores. Lippman, Moore, e McIntosh (2011) consideram a existência de quatro principais domínios: saúde física e segurança; desenvolvimento cognitivo e educação; desenvolvimento psicológico/emocional; e desenvolvimento social e comportamento. Numa perspetiva mais biomédica e não tanto salutogénica, os indicadores negativos são os mais estudados e, como tal, de acordo com os mesmos autores, os indicadores relacionados com o primeiro domínio tendem a ser os mais monitorizados, à semelhança do domínio do comportamento, especificamente no que toca aos problemas que surgem, como a violência. Menos avaliados, a nível internacional, encontram-se os indicadores que dizem respeito ao bem-estar psicológico e emocional (Lippman et al., 2011).

Segundo Mendonca (2017), tem sido demonstrado o efeito que o bem-estar psicológico, emocional e social tem sobre as crianças, nomeadamente na sua saúde mental, física, educação e níveis de qualidade de vida. As crianças em idade escolar enfrentam diversos desafios, o que pode originar problemas/questões comportamentais na escola, como por exemplo a desatenção nas aulas, o aumento da ansiedade e o *bullying*. Uma forma de lidar com estes problemas é através do desenvolvimento da capacidade de gestão e controlo das emoções, o que pode ser feito através do *mindfulness* (Mendonca, 2017).

A implementação da prática de *mindfulness* nas escolas primárias tem vindo a desenvolver-se tendo como principal objetivo promover o bem-estar cognitivo, social, emocional e reduzir o *stress* (Terjestam, Bengtsson, & Jansson, 2016). Como se sabe, o bem-estar psicológico, emocional e social conduz a melhores resultados educacionais, melhora a qualidade de vida e tem influência na saúde mental da criança, sendo por isso importante perceber o que poderá ser feito neste sentido.

Para avaliar os resultados das práticas baseadas no *mindfulness*, é importante que existam instrumentos de avaliação que

permitam determinar quais os processos responsáveis pelos benefícios que advenham das mesmas. E, se para os adultos existem diversos instrumentos, para a avaliação das competências de *mindfulness* em crianças são escassos os instrumentos fidedignos existentes (Cunha, Galhardo, & Pinto-Gouveia, 2013).

Tendo em consideração que as crianças entre os 5-11 anos de idade representavam, em 2015, cerca de 12,1% da população mundial (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017) e que são os adolescentes e os adultos do futuro, é o investimento no seu bem-estar que vai, de certa forma, moldar o futuro global, sendo por isso importante que se monitorizem os indicadores de bem-estar das crianças, que se compreendam as suas necessidades e se assegure que a sua infância seja tão boa quanto possível (Bradshaw, 2016). Assim, é importante perceber se as várias intervenções existentes, neste caso específico, o *mindfulness*, são eficazes para a promoção e/ou melhoria do bem-estar em crianças. É neste sentido, e face à eficácia de programas de *mindfulness* em adultos, que surge a presente revisão, com o objetivo de mapear as evidências no que diz respeito à eficácia de programas de *mindfulness* no bem-estar de crianças entre os 5 e os 11 anos, em contexto escolar.

Questão de Revisão

Qual a eficácia de programas de *mindfulness* no bem-estar de crianças entre os 5 e os 11 anos em contexto escolar?

Procedimentos metodológicos de revisão integrativa

A presente revisão seguiu a metodologia indicada no *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* (JBI, 2014), e seguiu a mnemónica *Population, Intervention, Comparator e Outcomes* (PICO). Definimos como critérios de inclusão: estudos randomizados controlados e quase-experimentais, que incluíssem crianças, com idades entre os 5 e os 11 anos,

em contexto escolar (P), sem patologia psiquiátrica diagnosticada, que utilizassem como intervenção programas de *mindfulness* (I) que avaliassem o bem-estar (O). Como critérios de exclusão definimos: estudos que incluíssem como participantes crianças com diagnóstico de perturbação de hiperatividade e défice de atenção, perturbação do espectro do autismo, ansiedade ou depressão.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa utilizada consistiu numa pesquisa inicial, realizada nas bases de dados MEDLINE via PubMed e CINAHL via EBSCO, seguindo-se uma análise de palavras nos títulos e resumos. Posteriormente, foi realizada nas mesmas bases de dados, uma segunda pesquisa utilizando as palavras-chave e descritores identificados, encontrando-se apresentada na Tabela 1 a estratégia de pesquisa da base de dados MEDLINE via PubMed e na Tabela 2 a estratégia de pesquisa usada na CINAHL via EBSCO. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em português, inglês e espanhol. A estratégia de pesquisa, em ambas as bases de dados, teve como limite temporal os últimos 5 anos, abrangendo assim o período entre abril de 2013 e abril de 2018.

Tabela 1

Estratégia de pesquisa da base de dados MEDLINE via PubMed

ESTRATÉGIA DE PESQUISA	RESULTADOS
Search (((("Mindfulness"[Mesh]) OR mindfulness[Title/Abstract])) AND (("Child"[Mesh]) OR child*[Title/Abstract])) AND ((well-being[Title/Abstract]) OR wellbeing[Title/Abstract]) Filters: published in the last 5 years	46

Tabela 2

Estratégia de pesquisa da base de dados CINAHL via EBSCO

NÚMERO DE ID	ESTRATÉGIA DE PESQUISA	RESULTADOS
S11	S3 AND S6 AND S10 Limitadores - Data de publicação: 20130401-	42
S10	S7 OR S8 OR S9	39,420
S9	TI wellbeing OR AB wellbeing	8,046
S8	TI well-being OR AB well-being	31,917
S7	(MH "Well-Being (Iowa NOC)")	1
S6	S4 OR S5	541,794
S5	TI child* OR AB child*	366,990
S4	(MH "Child")	372,780
S3	S1 OR S2	4,708
S2	TI mindfulness OR AB mindfulness	3,831
S1	(MH "Mindfulness")	2,647

Processo de seleção de estudos

A análise para seleção dos artigos para a revisão foi realizada por cinco revisores independentes, com base nas informações fornecidas no título e no resumo. Para todos os estudos que cumpriam os critérios de inclusão da revisão, foi recuperado o artigo em texto integral. Sempre que existiram dúvidas por parte dos revisores acerca da relevância de um estudo a partir do resumo, foi também recuperado o artigo em texto integral. O texto completo de cada um dos artigos foi analisado por dois revisores, de forma independente, para verificar se cumpriam os critérios de inclusão. Os desacordos que surgiram entre os revisores foram resolvidos através de discussão com os outros revisores do grupo de trabalho.

Extração de dados

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes e, de cada um dos estudos extraiu-se: título; autores; país; data; tipo de estudo; objetivo; participantes; instrumentos; características do programa de intervenção e resultados obtidos.

Resultados

Tal como apresentado na Figura 1, através da pesquisa realizada foram identificados 88 estudos potencialmente relevantes. Destes, foram excluídos 15 estudos por serem duplicados e, dos restantes 73, foram excluídos 52 por análise do título e 14 por análise do resumo, totalizando 7 estudos, que foram analisados através da leitura do texto integral. Quatro destes artigos foram excluídos por não cumprirem o critério de inclusão idade. Assim, foram incluídos nesta revisão três estudos.

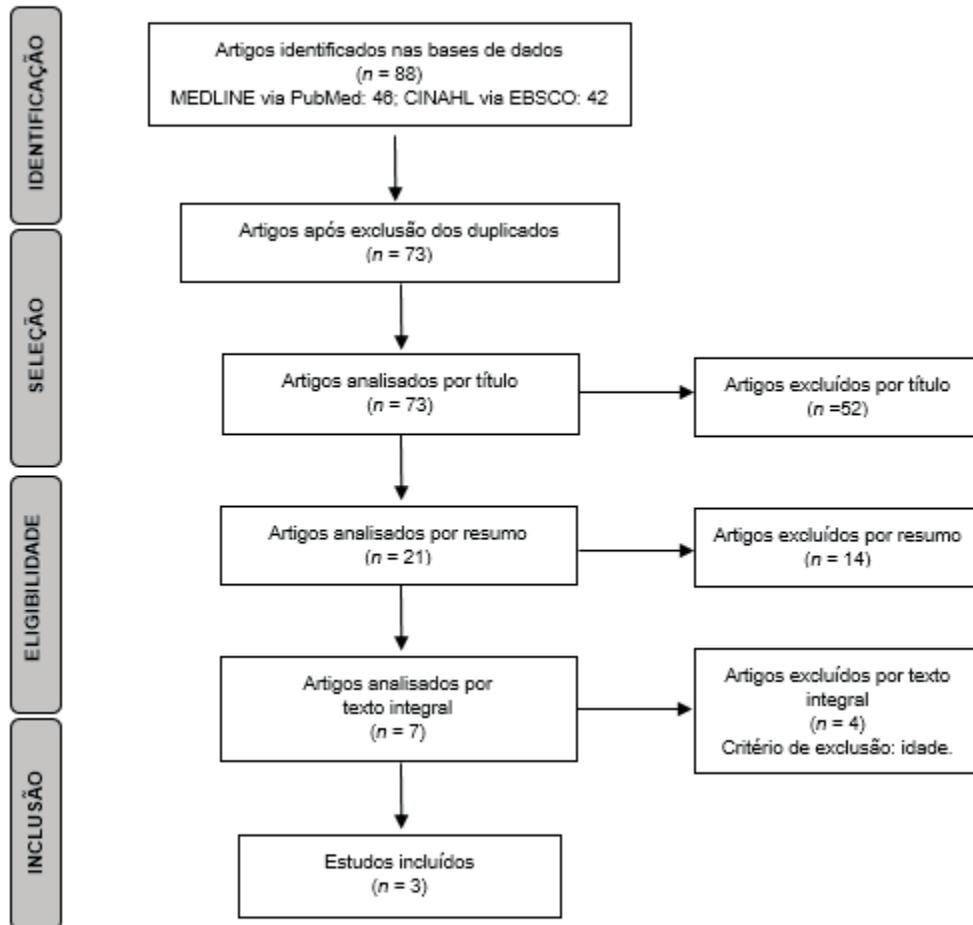


Figura 1. Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção de estudos.

Crescentini, Capurso, Furlan, e Fabbro (2016) realizaram um estudo numa escola, no qual implementaram um programa de Meditação Orientada por *Mindfulness* (MOM), a crianças do 2º ano do ensino básico. Neste estudo randomizado, duas turmas foram alocadas de forma aleatória para o grupo MOM ou para o grupo de controlo. Os objetivos do estudo e o grupo a que pertenciam foi ocultada aos participantes. Aos professores das duas turmas, que não estiveram presentes durante as sessões em ambos os grupos, também foi ocultado o objetivo específico do estudo, o tipo de atividades desenvolvidas e os resultados esperados.

O programa MOM teve uma duração de 8 semanas (3 sessões semanais com duração gradual crescente, até 30 minutos/sessão), no qual foram

realizadas 3 tipos de meditação, que se focaram em atividades de atenção plena da respiração, das partes do corpo e dos pensamentos. No grupo de controlo, o programa foi desenhado para ser comparável e estruturalmente equivalente à MOM, focando-se na consciência e aceitação de emoções, com a duração de 8 semanas (3 sessões semanais com a mesma duração cada, onde foram realizadas atividades de leitura e discussão dos vários capítulos de um livro). Os programas ocorreram durante o período das aulas, em contexto escolar, e os instrutores, com vários anos de experiência no uso desta técnica, foram os mesmos para ambos os grupos. A avaliação dos *outcomes* foi realizada antes e após a aplicação dos programas.

Neste estudo ambos os programas mostraram efetividade na redução total de problemas do

comportamento, avaliados através da escala *Child Behavior Checklist - Teacher Report Form* (CBCL-TRF) e, mais marginalmente, em problemas de internalização. No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos antes e após os programas. Por outro lado, as crianças do grupo de intervenção tiveram *scores* mais reduzidos depois da intervenção nas seguintes escalas: problemas cognitivos/desatenção, índice de perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA), escala de labilidade emocional e uma tendência no *score* para a desatenção, de acordo com a DSM-IV (avaliadas através da *Conners Teachers Rating Scales - Revised* [CTRS-R]), o que demonstra globalmente diminuição nos problemas de atenção. Apesar dos resultados obtidos pelos professores, através da CTRS-R, nenhum aluno apresentou diminuição significativa nos sintomas depressivos ou melhoria do humor, após a participação nos programas (avaliados através da *Short Mood and Feelings Questionnaire* [SMFQ]).

Os autores Schonert-Reichl et al. (2015) realizaram um estudo numa escola pública do Canadá, que consistiu na implementação e aplicação de um programa de aprendizagem sócio-emocional baseado na prática de *mindfulness* (MindUP Program), a crianças do 4º e 5º ano do ensino básico. Tratou-se de um estudo randomizado em que os alunos foram distribuídos pelo grupo de controlo e grupo de intervenção MindUP de forma aleatória. Neste estudo, os alunos eram cegos relativamente aos objetivos do mesmo, tendo as suas avaliações sido efetuadas sem conhecimento destes. Os professores participantes do estudo tinham conhecimento dos objetivos do mesmo, tendo recebido formação prévia.

O programa MindUP decorreu ao longo de 12 semanas (12 sessões, distribuídas 1 vez por semana, com a duração de 40 a 50 minutos cada uma), nas quais foram realizadas diferentes atividades com vista a promover capacidades de controlo cognitivo, regulação do *stress* e promoção do bem-estar sócio-emocional. No grupo de controlo, os participantes estiveram sujeitos ao programa de aprendizagem sócio-emocional, já existente no currículo da escola, baseado nas *guidelines*

do Ministério da Educação, abordando quatro categorias de competências sócio-emocionais. Ambos os programas ocorreram ao longo do ano letivo e durante o período de aulas. A aplicação de todas as escalas foi realizada no pré-teste e pós-teste, com a exceção do cortisol salivar, que foi avaliado três vezes ao dia, no pré-teste e no pós-teste.

Para o grupo sujeito ao programa MindUP, constatou-se uma melhoria dos resultados em termos das funções cognitivas e do controlo dos níveis de *stress*; aumento da empatia, do controlo emocional, do otimismo, do sentido de pertença à comunidade escolar; melhoria da aceitação pelos pares e a atenção plena. Verificou-se ainda uma diminuição dos sintomas depressivos e da agressividade entre pares. Neste mesmo grupo pode-se então dizer que se encontraram ganhos de 24% em comportamentos sociais positivos; um ganho de 15% na avaliação de matemática; 20% em bem-estar sócio-emocional; e uma redução de 24% em termos dos comportamentos agressivos.

No Reino Unido, Vickery e Dorjee (2016) aplicaram um programa de *mindfulness* (Paws b) a crianças do 3º e 4º anos do 1º ciclo do ensino básico. A alocação aos grupos de intervenção (2 grupos) e de controlo (1 grupo) foi baseada no interesse voluntário e disponibilidade das escolas para a implementação do programa. O programa Paws b foi aplicado durante 12 sessões em sala de aula, com a duração de meia hora cada. Este programa tinha como objetivo ajudar as crianças a desenvolver mais consciência e menos respostas automáticas em relação às experiências do momento presente na sala de aula. O Paws b é constituído por seis temas (*Our Amazing Brain, Puppy Training, Finding a Steady Place, Dealing with Difficulty, The Story Telling Mind, e Growing Happiness*). Os participantes eram também convidados a fazer atividades opcionais de *mindfulness* (*Give it a Go*) e fichas práticas para fazer em casa. Adicionalmente, os professores continuaram a praticar *mindfulness* durante 5-10 minutos/semana entre o fim do programa e o *follow-up*. Os instrutores do Paws b foram os professores das turmas, que receberam formação prévia antes do estudo. O grupo de controlo

continuou com o currículo de Educação Pessoal e Social (EPS) habitual, sem acréscimo de qualquer atividade de *mindfulness* durante o período do estudo. Os professores e os pais preencheram um questionário antes do estudo e outro no follow-up (3 meses após), para cada aluno. Os alunos completaram um questionário demográfico breve (*baseline*) e os restantes instrumentos (na *baseline*, após a intervenção e no *follow-up*).

O programa Paws b obteve alta aceitabilidade, com 76% dos alunos a referirem “gostar”, “gostar muito” e “gostar extremamente” de praticar *mindfulness* na escola. Com o término do programa, 61% dos alunos afirmaram que gostariam de continuar a praticar *mindfulness* na escola. Foi encontrada uma correlação significativa entre o grau com que as crianças gostaram de praticar *mindfulness* e a vontade de manter a prática na escola. No grupo de intervenção, as alterações nos *scores* de atenção plena (avaliados pelo *Child Adolescent Mindfulness Measure* [CAMM]) entre a *baseline* e o fim da intervenção e entre a *baseline* e o *follow-up*, correlacionaram-se negativa e significativamente com uma consciência emocional baixa e uma maior relutância em expressar emoções (avaliados pelo *Emotion Expression Scale for Children* [EESC]), nos mesmos intervalos temporais. O mesmo grupo apresentou *scores* mais baixos de afeto negativo que o grupo de controlo no *follow-up* (avaliados pelo *Positive and Negative Affect Scale for Children* [PANAS-C]).

Da avaliação dos professores, os autores verificaram uma diminuição considerável dos *scores* da *Behavior Rating Inventory of Executive Function* (BRIEF) no grupo de intervenção entre a *baseline* e o *follow-up*, mostrando melhorias na meta-cognição. No entanto, a avaliação dos pais para o mesmo grupo e série temporal mostrou um aumento nos *scores*.

Na Tabela 3 é apresentada uma síntese da extração de dados.

Tabela 3

Síntese dos estudos selecionados

Título Autores País Ano	Tipo de Estudo Objetivo	Participantes	Instrumentos	Programa de Intervenção	Resultados Obtidos
Mindfulness-Oriented Meditation for Primary School Children: Effects on Attention and Psychological Well-Being Crescentini, C., Capurso, V., Furlan, S., & Fabbro, F. Itália	Estudo longitudinal prospectivo randomizado Testar os efeitos de um programa de meditação orientada por <i>mindfulness</i> na atenção e bem-estar psicológico de crianças saudáveis de uma escola do ensino básico.	- 31 crianças saudáveis (16 no grupo de intervenção e 15 no grupo de controlo) - 7-8 anos	<u>Professor:</u> - Child Behavior Checklist - Teacher Report Form (CBCL-TRF) - Conners Teachers Rating Scales - Revised (CTRS-R) <u>Alunos:</u> - Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)	Meditação Orientada por Mindfulness (MOM): - 8 semanas - 3 sessões por semana - sessões com duração gradual crescente	O MOM mostrou: - efetividade na redução total de problemas de comportamento e, marginalmente, na internalização de problemas (CBCL-TRF) - efetividade na redução de problemas de atenção e dos <i>scores</i> na escala de labilidade emocional (CTRS-R) - ineficácia na redução de sintomas depressivos ou melhoria do humor (SMFQ)
2016					
Enhancing Cognitive and Social - Emotional Development Through a Simple-to-Administer Mindfulness-Based School Program for Elementary School Children: A Randomized Controlled Trial Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. Canadá	Estudo randomizado controlado Testar os efeitos de um programa de aprendizagem sócio-emocional que inclui a prática de <i>mindfulness</i> na melhoria das funções executivas, diminuição do stress, promoção do bem-estar e socialização e resultados escolares positivos de crianças do ensino básico.	- 99 crianças (48 no grupo de intervenção e 51 no grupo de controlo) - 9-11 anos - 4º e 5º ano do ensino básico	Utilização: - <i>flanker task</i> e <i>hearts and flowers task</i> - teste de cortisol salivar - Interpersonal Reactivity Index (IRI) - sub-escalas do Resilience Inventory (RI) - sub-escala do Marsh's Self-Description Questionnaire (SDQ) - Seattle Personality Questionnaire for Children (SPQC) - Mindful Attention Awareness Scale (MAAS-C) - sub-escala do Social Goals Questionnaire - relatos de colegas - notas de matemática	MindUP Program: - 12 sessões - 1 vez por semana - sessões com duração entre 40 a 50 minutos	O MindUP Program: - melhorou os resultados das funções cognitivas e do controlo dos níveis de stress - aumentou a empatia, o controlo emocional, o otimismo, o sentido de pertença à escola e a atenção plena - diminuiu os sintomas depressivos e a agressividade entre pares. - aumentou a aceitação de pares
2015					
Mindfulness Training in Primary Schools Decreases Negative Affect and Increases Meta-Cognition in Children Vickery, C. E., & Dorjee, D. Reino Unido	Estudo piloto controlado de viabilidade Avaliar o impacto de um programa de <i>mindfulness</i> conduzido por professores no bem-estar emocional de crianças do ensino básico	- 71 crianças (33 no grupo de intervenção e 38 no grupo de controlo) - 7-9 anos - 3º e 4º ano do ensino básico	<u>Professores e pais:</u> - Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) <u>Alunos:</u> - Child Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) - Emotion Expression Scale for Children (EESC) - Sterling Children's Well-being Scale (SCWBS) - Positive and Negative Affect Scale for Children (PANAS-C) - Medida de aceitabilidade	Paws b: - 12 sessões - sessões com duração de 30 minutos	O Paws b: - obteve alta aceitabilidade dos alunos - demonstrou correlações negativas significativas entre os <i>scores</i> de <i>mindfulness</i> e uma consciência emocional baixa, em conjunto com uma maior relutância em expressar emoções. - redução nos níveis de afeto negativo no follow-up (PANAS-C) - Melhoria na meta-cognição, de acordo com os professores (BRIEF-T)
2016					

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática identificou três estudos que confirmam a eficácia de aplicação de *mindfulness* em crianças do ensino básico. Através da análise dos estudos, evidencia-se que a aplicação de programas baseados em *mindfulness* melhorou os resultados em termos das funções cognitivas, da atenção, do controlo dos níveis de *stress*, aumentou a empatia, o controlo emocional, o otimismo, o sentido de pertença à escola, diminuiu os sintomas depressivos e de agressividade entre pares e aumentou a aceitação de pares. Destes estudos, emergiram seis temas: sintomas depressivos e afeto negativo; bem-estar sócio-emocional; sintomatologia ansiosa; comportamento; cognição; e aceitabilidade.

A diminuição dos sintomas depressivos e do afeto negativo verificou-se em dois estudos (Paws b e o MindUP). No entanto, constataram-se algumas diferenças na avaliação dos resultados. O MindUP realizou uma triangulação de dados, utilizando uma escala de avaliação de sintomas depressivos, auto e hetero-relatos, que confirmaram a diminuição dos mesmos (Schonert-Reichl et al., 2015). Já o Paws b baseou-se apenas numa escala de avaliação de expressão emocional positiva e negativa (PANAS-C; Vickery & Dorjee, 2016). Por outro lado, este instrumento teve um alfa de Cronbach baixo, o que pode comprometer a fiabilidade dos resultados. No estudo de Crescentini et al. (2016), as crianças não reportaram subjetivamente diminuição nos sintomas depressivos ou melhoria do humor. Este facto poder-se-á dever à dificuldade das crianças auto-relatarem os seus sentimentos, tendo por base o estágio de desenvolvimento em termos cognitivos.

O programa MindUP também obteve resultados favoráveis em várias dimensões do bem-estar sócio-emocional, nomeadamente em termos de empatia, controlo emocional, otimismo, sentido de pertença à escola e atenção plena. A utilização de vários instrumentos de avaliação, com bons níveis de fiabilidade, poderá ter possibilitado a obtenção destes resultados. Estudos recentes de neuro-imagem funcional que investigaram o treino de *mindfulness* no contexto da regulação emocional sugerem uma associação com a

regulação emocional *top-down* em praticantes de períodos curtos e na regulação emocional *bottom-up* em praticantes de períodos longos (Chiesa, Serretti, & Jakobsen, 2013). Zelazo e Lyons (2012) confirmaram os achados anteriores na infância, referindo que o treino da atenção plena parece estar idealmente projetado para promover o desenvolvimento saudável da autorregulação, uma vez que visa influências de *top-down* (como a manutenção e reprocessamento interativo da informação), ao mesmo tempo que aborda as influências de *bottom-up* (por exemplo, reduzindo a ansiedade). Estes aspetos são relevantes porque a autorregulação é fortemente preditiva da preparação para a escola. Neste sentido, permite que as crianças se adaptem melhor às exigências da sala de aula como ficar quietas, manter a atenção sustentada e a motivação para cumprir uma tarefa, manipular dados na resolução de problemas, permitindo que as crianças aprendam de uma forma mais ativa e reflexiva.

Em termos de sintomatologia ansiosa, dois estudos encontraram melhorias, quer tenha sido no aumento do controlo dos níveis de *stress* (MindUP), quer na redução de problemas de internalização da criança, como é exemplo a ansiedade (MOM). Semple, Lee, Rosa, e Miller (2010) desenvolveram um estudo randomizado relativamente à aplicação de um programa baseado na prática de *mindfulness* (*Mindfulness-based cognitive therapy for children*) como psicoterapia de grupo dirigida a crianças com idades entre os 9 e os 13 anos de idade. Este teve como objetivo aumentar as competências sócio-emocionais através do uso de *mindfulness*, com vista a reduzir os sintomas de ansiedade, entre outros. Após a aplicação do programa verificou-se que ocorreram reduções significativas nos níveis e comportamentos ansiosos. Assim, verificou-se que o controlo e a diminuição da ansiedade têm apresentado resultados positivos aquando da aplicação de práticas baseadas em *mindfulness*.

No que se refere ao comportamento das crianças, dois dos estudos encontraram redução total nos problemas de comportamento (MOM) e na agressividade entre pares (MindUP). Mendonca (2017) corrobora os dados relativamente ao

controlo da agressividade, uma vez que realizou um estudo pré-experimental que tinha como objetivo verificar a mudança nos comportamentos (externos e internos) dos alunos, através da introdução do *mindfulness* na sala de aula. Este estudo, realizado na Califórnia, com 5 turmas de crianças do 1º ciclo do ensino básico baseou-se num pré-teste, seguido da aplicação do programa de *mindfulness* e numa avaliação pós-teste. A autora concluiu, através da opinião dos participantes, que o *mindfulness* os ajudou a ter controlo sobre a sua raiva e explosões verbais, dado que referiram sentir-se menos ansiosos e mais tranquilos.

A nível cognitivo, os três estudos demonstraram benefícios em vários domínios: o MOM verificou efetividade na redução de problemas de atenção; o Paws b revelou melhorias na meta-cognição; e o MindUP encontrou aumento nas notas da disciplina de matemática e progressos a nível de tarefas específicas avaliadas (*flanker task* e *hearts and flowers task*). No entanto, a avaliação do Paws b foi realizada pelos professores que implementaram o programa, e que foram os mesmos que fizeram as avaliações dos participantes, pelo que o efeito da desejabilidade pode introduzir um viés na resposta dos mesmos, que difere da avaliação feita pelos pais. No estudo de Thomas e Atkinson (2016), os autores utilizaram o programa Paws b, que é uma extensão do programa de *mindfulness* para adolescentes (“*b for teens*”), do *Mindfulness in Schools Project*: uma instituição sem fins lucrativos, fundada em Inglaterra e no País de Gales, com o objetivo de encorajar, apoiar e promover a investigação do ensino de *mindfulness* nas escolas. Nesta intervenção quase-experimental com crianças do 4º ano, o Paws b teve impacto significativo imediato e sustentado (*follow-up* de 14 semanas) na atenção dos participantes. Desta forma, verificaram que os alunos manifestavam mais controlo inibitório (capacidade de inibir respostas automáticas ou impulsivas) e comportamentos de atenção sustentada (capacidade de manter o foco e a atenção ao longo do tempo, sem distrações).

Dos três estudos analisados, apenas um estudou a aceitabilidade do programa da parte das crianças. No Paws b, os alunos manifestaram gostar de

forma significativa de praticar *mindfulness*, o que se correlacionou com a vontade de manter a prática na escola. Tendo em conta que os vários programas revelaram efeitos positivos no bem-estar emocional e nas funções cognitivas, seria relevante analisar a sua aceitação pelos participantes das intervenções, com vista a ponderar a sua implementação efetiva nos programas curriculares. Thomas e Atkinson (2017) procuraram conhecer a perspetiva dos alunos, numa replicação do programa Paws.b, implementado numa escola do 1º ciclo do ensino básico no norte de Inglaterra. Os resultados deste estudo indicam que a grande maioria dos alunos gostou do programa, tendo sido considerado acessível e viável, existindo alunos que generalizaram e tentaram adaptar as suas habilidades de *mindfulness* em situações que provocavam ansiedade fora da sala de aula e em casa.

Ao longo dos diversos estudos foram encontradas algumas limitações: o facto dos participantes (crianças, professores e pais) nem sempre serem cegos relativamente aos objetivos dos estudos, o que pode influenciar a objetividade dos resultados; o pequeno tamanho das amostras, que pode dificultar a generalização dos mesmos; a inexistência de *follow-up*, para permitir avaliar a consistência dos resultados a médio e longo prazo; os avaliadores e os formadores em alguns casos foram os mesmos, o que pode comprometer os dados obtidos; e terem sido aplicadas escalas que não vão ao encontro das características da amostra, nomeadamente no que se refere à idade, colocando em causa a fiabilidade do próprio estudo.

De ressaltar que em alguns estudos foi utilizada como abordagem uma alternativa ativa no grupo de controlo, que deve ser analisada de acordo com o tipo de investigação que se pretende elaborar, para assegurar a validade dos resultados e eliminar o fator surpresa.

CONCLUSÃO

Com a análise dos diferentes artigos pode-se verificar que os resultados encontrados apontam para a validade e utilidade de intervenções baseadas no *mindfulness*, em contexto escolar na medida em que demonstram influências positivas

na saúde mental e em várias dimensões do bem-estar sócio-emocional.

É importante conhecer as direções futuras necessárias para que novas pesquisas possam apresentar maior validade e eficácia. Sugere-se que os estudos sejam replicados de forma a serem aperfeiçoados e ajustados de acordo com as necessidades e contextos encontrados. Considera-se igualmente importante a utilização de três grupos (intervenção; controlo ativo e controlo passivo) evitando o efeito surpresa da aplicação da intervenção, sendo que os participantes devem ser cegos em relação aos objetivos do estudo e resultados esperados. Importa ainda que exista *follow-up* para assegurar a validade dos resultados a longo prazo.

Embora as práticas baseadas na aplicação do *mindfulness* sejam ainda recentes, afiguram-se como uma ferramenta para o aumento do bem-estar e do desempenho escolar, mesmo nos primeiros anos de aprendizagem, pelo que devem ser utilizadas de forma regular ao longo do ano letivo e incluídas nos currículos escolares.

É competência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental a assistência da pessoa ao longo do ciclo vital, no qual se inserem as crianças em idade escolar. Desta forma, a implementação de projetos em meio escolar com intervenções que promovam e protejam a saúde mental, das quais são exemplo as práticas baseadas no *mindfulness*, podem ser equacionadas pelos enfermeiros especialistas nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bradshaw, J. (2016). *The Well-being of Children in the UK*. (4ª ed.). Bristol, Reino Unido: Policy Press.
- Chiesa, A., Serretti, A., & Jakobsen, J. (2013). Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy. *Clinical Psychology Review*, 33, 82–96. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.006>
- Crescentini, C., Capurso, V., Furlan, S., & Fabbro, F. (2016). Mindfulness-oriented meditation for primary school children: Effects on attention and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 7, 805. doi:10.3389/fpsyg.2016.00805
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Child and adolescent mindfulness measure (CAMM): estudo das características psicométricas da versão portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 459-468.
- Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. Adelaide, Australia: author. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016.
- Knoblock, K. (2017). *A Consideration of the Use of Mindfulness Meditation in Public Education* (Tese de Doutoramento).
- Lippman, L. H., Moore, K. A., & McIntosh, H. (2011). Positive indicators of child well-being: A conceptual framework, measures, and methodological issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(4), 425-449.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. (Org.) (2015). Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais [PDF]. Recuperado de https://www.sinopsyseditora.com.br/upload/produtos_pdf/370.pdf
- Melbourne Academic Mindfulness Interest Group(2006). Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285–294. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01794.x
- Mendonca, K. (2017). *Mindfulness and its effect on externalizing and internalizing behaviors in elementary School children*. (Tese de Doutoramento). Faculty of California State University, Stanislaus.
- Savel, R. H., & Munro, C. L. (2017). Quiet the Mind: Mindfulness, Meditation, and the Search for Inner Peace. *American Journal of Critical Care*, 26(6), 433-437. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2017914>
- Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-

to- administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. *Developmental psychology*, 51(1), 52. doi: doi: 10.1037/a0038454

Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229.

Terjestam, Y., Bengtsson, H., & Jansson, A. (2016). Cultivating awareness at school. Effects on effortful control, peer relations and well-being at school in grades 5, 7, and 8. *School Psychology International*, 37(5), 456-469. doi: <https://doi.org/10.1177/0143034316658321>

Thomas, G., & Atkinson, C. (2016). Measuring the effectiveness of a mindfulness-based intervention for children's attentional functioning. *Educational & Child Psychology*, 33(1), 51-64.

Thomas, G., & Atkinson, C. (2017). Perspectives on a whole class mindfulness programme. *Educational Psychology in Practice*, 33(3), 231-248. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02667363.2017.1292396>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, custom data acquired via website.

Vickery, C. E., & Dorjee, D. (2016). Mindfulness training in primary schools decreases negative affect and increases meta-cognition in children. *Frontiers in Psychology*, 6, 2025. doi: 10.3389/fpsyg.2015.02025

Zelazo, P., & Lyons, K. (2012). The potential benefits of mindfulness training in early childhood: A developmental social cognitive neuroscience perspective. *Child Development Perspectives*, 6(2), 154-160. doi: 10.1111/j.1750-8606.2012.00241.x

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA E LESÕES FACIAIS: DETERMINANTES PARA O SEU DESENVOLVIMENTO EM INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS, UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Carlos Quitério^{a,b} Isabel Cordeiro^c, Mariana Pereira^{b,d}



Resumo

Objetivo: Identificar os fatores associados com o desenvolvimento de lesões faciais em indivíduos submetidos a VNI.
Metodologia: Realizou-se uma pesquisa na EBSCO com os descritores MeSH “noninvasive ventilation” e “pressure ulcer”, a 28 de novembro de 2018. Considerando estudos em português, espanhol e inglês, publicados desde 2013. Critérios de inclusão: estudos que avaliem e/ou descrevam intervenções na área de prevenção de lesões faciais e fatores de risco para o surgimento de lesões faciais em indivíduos submetidos a VNI, de idade adulta, excluindo estudos qualitativos, revisões sistemáticas e cartas de editor, foram identificados 5 estudos.
Resultados: A proporção de lesões faciais associadas a VNI é variável e está relacionada ao tipo de interface utilizado. A pressão na pirâmide nasal é superior à exercida nas faces. O tempo de aplicação da VNI, a aplicação de apósitos de proteção e a utilização de VNI humidificada influenciou a presença de lesão.
Conclusão: Alguns dos fatores que influenciam o desenvolvimento de lesões faciais são a interface utilizada, o tempo utilização da interface, a aplicação, ou não, de apósitos de proteção, a utilização de VNI humidificada.
Palavras chave: Ventilação não invasiva; úlcera por pressão; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Abstract

NON-INVASIVE VENTILATION AND FACIAL INJURIES: DETERMINANTS FOR THEIR DEVELOPMENT IN HOSPITALIZED INDIVIDUALS, AN INTEGRATIVE REVIEW
Objective: Identify factors associated with the development of facial wounds in individuals undergoing NIV.
Methodology: A survey was conducted at EBSCO with the MeSH descriptors “noninvasive ventilation” and “pressure ulcer” on November 28, 2018, considering studies in Portuguese, Spanish and English, published since 2013. Inclusion criteria: studies evaluating and / or describing interventions in the area of facial wound prevention and risk factors for the onset of facial injury in adult undergoing NIV, excluding qualitative studies, systematic reviews and editor letters, 5 studies were identified.
Results: The proportion of NIV associated with facial wounds varies and is related to the type of interface used. The pressure in the nasal pyramid is higher than the pressure on the cheeks. The time of NIV application, the application of protective dressings and the use of humidified NIV influenced the development of injuries.
Conclusion: Some of the factors that influence the development of facial wounds are the interface used, the time that the interface is applied, the application or not of protective dressings and the use of humidified NIV.
Keywords: Non-invasive Ventilation; Pressure Ulcer; Medical-Surgical Nursing.

Resumen

VENTILACIÓN NO INVASIVA Y LESIONES FACIALES: DETERMINANTES PARA SU DESARROLLO EN INDIVIDUOS HOSPITALIZADOS, UNA REVISIÓN INTEGRATIVA
Objetivo: identificar los factores asociados con el desarrollo de lesiones faciales en individuos sometidos a VNI.
Metodología: se realizó una encuesta en EBSCO con los descriptores MeSH “ventilación no invasiva” y “úlceras por presión” el 28 de noviembre de 2018. Considerando estudios en portugués, español e inglés, publicados desde 2013. Criterios de inclusión: estudios que evalúan y / o describan intervenciones en el área de prevención de lesiones faciales y factores de riesgo para el desarrollo de lesiones faciales en sujetos adultos con VNI, excluyendo estudios cualitativos, revisiones sistemáticas y cartas de editor, se identificaron 5 estudios.
Resultados: la proporción de lesiones faciales asociadas a NIV varía y está relacionada con el tipo de interfaz utilizada. La presión en la pirámide nasal es más alta que la presión en las mejillas. El tiempo de aplicación de NIV, la aplicación de apósitos protectores y el uso de NIV humidificado influyeron en la presencia de lesiones.
Conclusión: Algunos de los factores que influyen en el desarrollo de lesiones faciales son la interfaz utilizada, el tiempo de utilización de la interfaz, la aplicación o no de apósitos protectores, el uso de VNI humidificada.
Palabra clave: Ventilación no Invasiva; Úlcera por Presión; Enfermería Médico-Quirúrgica.

Submetido em setembro 2019. Aceite em outubro 2019

^a Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

^b Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

^c UCIM, Centro Hospitalar de Setúbal

INTRODUÇÃO

A ventilação não invasiva (VNI) é opção em vários tipos de insuficiência respiratória (Cabrini et al., 2009) podendo ser um recurso em casos de agudização de doença pulmonar obstrutiva crônica e de edema agudo do pulmão hipertensivo (Mehta & Hill, 2001).

Neste contexto, esta técnica é considerada uma alternativa à entubação endotraqueal, conseguindo atingir os mesmos benefícios fisiológicos, reduzindo o esforço respiratório e melhorando as trocas gasosas (Mas & Masip, 2014). Por outro lado, a VNI não apresenta as complicações da entubação endotraqueal e confere maior autonomia ao doente pois permite que a pessoa mantenha atividades como comunicar e alimentar-se, reduzindo as repercussões negativas, a longo prazo, em comparação com a ventilação mecânica invasiva (Diez et al., 2015).

A conexão entre a tubuladura do ventilador e a face do doente é conseguida através da utilização de interface, que facilitam a entrada do gás pressurizado e podem ser de vários tipos. As mais utilizadas são as máscaras oronasais (MON) aplicando-se, maioritariamente, em indivíduos com insuficiência respiratória aguda ou em casos crônicos (Mehta & Hill, 2001; Mortamet et al., 2017), enquanto que a máscara facial total (MFT), cobre a boca o nariz e os olhos (Mortamet et al., 2017; Nava, Navalesi, & Gregoretti, 2009).

Embora a VNI seja bem tolerada pela maioria dos doentes, a sua utilização não é livre de efeitos secundários e complicações (Carron et al., 2013), como dor, alterações cutâneas, alterações psicológicas e emocionais, aumento do tempo de internamento e desconforto (Kallet, Faarc & Diaz, 2009). Por conseguinte, os efeitos adversos mais comuns são os relacionadas com a interface, nomeadamente a dor, o eritema (10 a 34%) (Cabrini et al., 2009; Gay, 2009) e a lesão na região da pirâmide nasal (5 a 50%) (Belchior, Goncalves, & Winck, 2012; Cabrini et al., 2009; Carron et al., 2013; Gay, 2009; Mehta & Hill, 2001). Porquanto, estas lesões surgem, normalmente, nos locais de contacto da interface com a pele (Carron et al., 2013), sendo, por isso, consideradas úlceras por pressão (UPP).

É importante ressaltar que o desenvolvimento lesões faciais (LF) é um fator que limita a tolerância e a duração da terapia (Cabrini et al., 2009), pelo que as estratégias para diminuir a sua incidência, em pessoas submetidas a VNI, devem ser cuidadosamente consideradas antes de iniciar a terapia (Carron et al., 2013). Pelos motivos expostos considerou-se relevante realizar esta revisão, no sentido de compreender os determinantes de desenvolvimento de LF, associadas à interface de VNI, descritos na literatura, por forma a criar melhores planos de intervenção para a prevenção das mesmas.

Assim, esta revisão tenta responder à questão “Quais os determinantes de lesão facial em indivíduos hospitalizados submetidos a VNI?” e tem como objetivo identificar os fatores associados com o desenvolvimento de lesões faciais em indivíduos hospitalizados e submetidos a VNI.

METODOLOGIAS

Por forma a responder ao objetivo de estudo, foi efetuada uma revisão integrativa, seguindo as guidelines PRISMA (Shamseer et al., 2015) e do Joanna Briggs Institute (Godfrey & Harrison, 2015). Desta forma, procedeu-se à pesquisa de estudos na EBSCO (tendo sido selecionadas as seguintes bases de dados: *CINAHL® complete*, *MEDLINE complete*, *Nursing & Allied Health Collection: comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trial e MedicLatina*) com os termos de pesquisa qualitativos da MeSH “*noninvasive ventilation*” e “*pressure ulcer*”. A pesquisa foi realizada nas referidas bases de dados a 28 de novembro de 2018.

Foram considerados estudos publicados em português, espanhol e inglês, que tenham sido publicados desde 2013.

Foram definidos como critérios de inclusão estudos cuja amostra incluisse apenas adultos (idade superior a 18 anos), estudos de natureza quantitativa, que avaliem e/ou descrevam intervenções na área de prevenção de LF em indivíduos hospitalizados submetidos a VNI e estudos que contemplem fatores de risco para o surgimento de LF em indivíduos hospitalizados submetidos a VNI. Por outro lado, foram excluídos

estudos qualitativos, estudos de revisão sistemática e cartas de editor, por se pretender analisar dados quantitativos e dados primários.

RESULTADOS

O processo de seleção dos estudos pode ser observado na Figura 1. Inicialmente foram identificados 38 estudos, tendo sido reduzidos a 28 após a remoção de duplicados. Destes foram

excluídos 16 após a leitura do abstract, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. Dos 12 artigos finais 5 estavam disponíveis em texto integral e foram selecionados para esta revisão sistemática (os textos incluídos na revisão serão apresentados na Tabela 1).

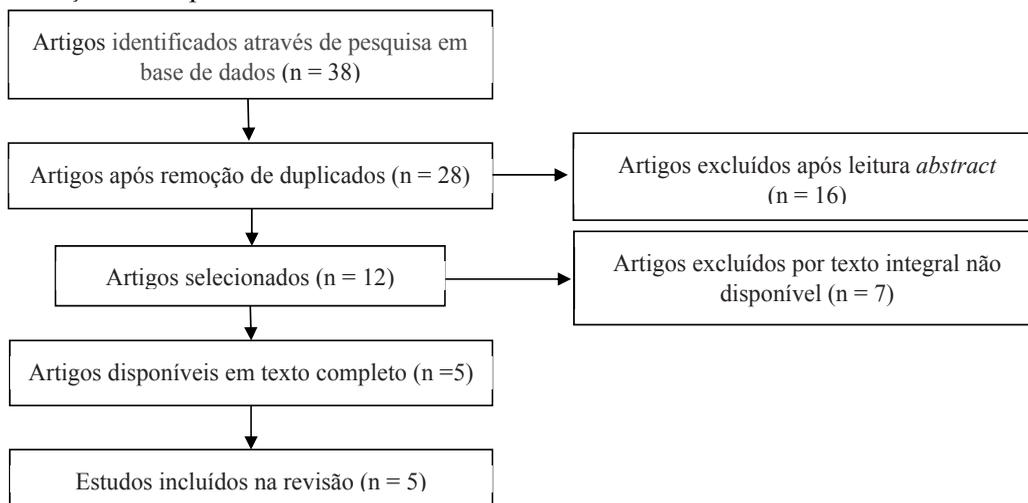


Tabela 1 - Descrição dos artigos incluídos na revisão.

Autor	Objetivo	Tipo de Estudo	Amostra (n)	Como foram avaliados os resultados
Yamaguti et al., 2014	Identificar a prevalência de lesão da pele e descrever os fatores de risco relacionados com a mesma.	Estudo transversal	375	Os dados foram extraídos dos registos no processo informático.
Schallom et al. 2015	Identificar a incidência, a localização e o estágio das úlceras por pressão e o conforto dos pacientes com uma MON em comparação com uma MFT.	Estudo quasi experimental	200 Em dois grupos de 100 pessoas.	A condição da pele foi avaliada antes da aplicação da máscara e a cada 12 horas até à remoção da máscara. Os níveis de conforto foram avaliados a cada 12 horas através de uma escala Likert de 5 pontos, criada para este estudo (1, confortável com a interface de VNI a 5, desconforto severo com necessidade de remover a interface).
Riquelme et al. 2017	Avaliar o efeito de apósitos de proteção na pressão exercida pela máscara facial e o seu impacto sobre os parâmetros ventilatórios programados.	Estudo quasi experimental	Simulador de VNI.	Aplicada MFT em simulador, tendo sido avaliada a pressão na região frontal, mento e região zigomática com 3 tipos de apósitos de proteção vs. um grupo de controlo.
Alqahtani et al. 2018	Analisar os efeitos da VNI humidificada no microclima da pele, função de barreira e risco de desenvolvimento de UPP.	Estudo Longitudinal	15	A integridade da pele foi avaliada através da medição da perda de água transepidermica, hidratação da pele e pH da pele na pirâmide nasal. A pressão e o microclima foram avaliados na pirâmide nasal e região zigomática. A citocina pró-inflamatória interleucina-1 foi colhida na pirâmide nasal antes e após da aplicação da interface usando uma fita de análise. Os sintomas de desconforto foram avaliados usando escala validade de 6 pontos (criada para o estudo).
Shikama et al. 2018	Avaliar se um dispositivo personalizado poderia reduzir a incidência de eritema branqueável e desconforto, bem como	RCT	20	A avaliação da presença de eritema branqueável e desconforto, com ou sem o dispositivo personalizado foi

	redistribuir a pressão de contato da MON.			realizado pelo menos 1 vez por dia. Além disso, se ambas as avaliações foram realizadas no mesmo dia, a pressão de contato foi avaliada após avaliação do eritema e desconforto.
--	---	--	--	---

Legenda: MFT – Máscara facial total; MON - máscara oronasal; RCT – randomized controlled trial.

Nesta revisão sistemática pretende-se discutir alguns tipos de interfaces (MON e MFT) que podem ser utilizadas na VNI, os fatores de risco para o desenvolvimento de LF e as estratégias de prevenção destas lesões, o envolvimento do tipo de interface na pressão e no desenvolvimento da lesão e utilização de apósitos como profilaxia das LF. Além disso, pretende-se discutir o uso de VNI humidificada e a sua relação com as LF.

Tabela 2 - Principais resultados dos artigos incluídos na revisão (n=5).

Autor	Resultados
Yamaguti et al. 2014	<ul style="list-style-type: none"> - 54 indivíduos desenvolveram UPP (14,4%). - Não foram encontradas diferenças entre os grupos (com e sem LF) no que diz respeito à idade, gênero, índice de massa corporal e no diagnóstico na admissão. - O desenvolvimento de UPP observou-se em 42% dos indivíduos submetidos a VNI através de MON, mas apenas em 1,6% dos indivíduos com MFT. - A média de aplicações de VNI mantida por mais de duas horas foi significativamente maior em indivíduos com LF do que em indivíduos sem lesão (7,1 ±13,3 vs 4,4±7,5, p=0,03). - A utilização de MON com uma duração superior a 26h foi associada com o desenvolvimento de UPP no modelo final multivariado.
Schallom et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Não se observaram, diferenças significativas relacionadas com a idade, sexo, raça ou diagnóstico de admissão. - Existem diferenças na proporção de UPP desenvolvidas (20% em indivíduos com MON vs. 2% em indivíduos com MF). - O tempo desenvolvimento de UPP variou entre 1,25h e 74h com uma média de 28,4h para MON e 24,75 a 98h com uma média de 61,37 horas para MFT. - O tempo de utilização e adesão ao regime terapêutico foram semelhantes entre os grupos (tempo médio de utilização de 24h).
Riquelme et al. 2017	<ul style="list-style-type: none"> - O apósito de espuma de poliuretano gerou aumento de pressão em todos os pontos de apoio (pressão na frontal – média: 198 cmH₂O ± 58, pressão no mento – média: 244 cmH₂O ±, pressão na face esquerda – média: 76 cmH₂O ± 20 e pressão na face direita – média: 78 cmH₂O ± 20), em comparação com o grupo de controlo (pressão na frontal – média: 26 cmH₂O ± 9,2, pressão no mento – média: 44 cmH₂O ± 10, pressão na face esquerda – média: 26 cmH₂O ± 5,8 e pressão na face direita – média: 34 cmH₂O ± 12), causando, também, aumento da fuga. - O apósito de hidrocolóide aumentou a pressão apenas na face à esquerda (pressão na face esquerda – média: 36 cmH₂O ± 4,6), aumentando, também, a fuga. - A película de poliuretano não alterou os valores pressão em relação ao grupo de controlo e não teve efeito sob a fuga.
Alqahtani et al. 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Não foram verificadas alterações significativas no pH da pele em ambos os grupos, existindo um aumento significativo da hidratação da pele em ambos. - Houve uma diferença estatisticamente significativa na humidade da pele entre os grupos no que diz respeito à humidade relativa, na VNI humidificada o valor aumentou de 43% para 68,8% e na não humidificada de 38,3% para 62,1%, após a aplicação da interface. - A análise da pressão exercida pela interface revelou uma média superior na pirâmide nasal comparando a face à esquerda [110, amplitude interquartil (AI): 92–130 mmHg vs. 71, AI: 63;87 mmHg, p=0,02] e com a face à direita (110, AI: 92;130 mmHg vs. 79, AI: 59;90 mmHg, p= 0,003), não existindo diferenças significativas entre as faces esquerda e direita. - Houve uma alteração nas médias de pressão na pirâmide nasal com a aplicação de pressão positiva (110, AI: 92;130 mmHg para 115, AI: 103;130 mmHg, p=0,02).
Shikama et al. 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os indivíduos apresentaram eritema branqueável após utilizar a máscara sem o dispositivo adaptador, por outro lado 75% dos indivíduos apresentaram eritema branqueável com o dispositivo adaptador. - A pressão de contato na pirâmide nasal diminuiu significativamente com a utilização do dispositivo adaptador, no entanto, a pressão no mento aumentou significativamente.
	<ul style="list-style-type: none"> - A distribuição da pressão de contato diminuiu consideravelmente com a aplicação do dispositivo adaptador (71,6, AI: 50,7;81,8%), sem dispositivo para 57,5, AI: 51,8;61,3%).

Legenda: UPP – Úlcera por pressão; LF – lesões faciais; VNI – Ventilação não invasiva; MON - máscara oronasal; MFT – Máscara facial total.

A partir dos dados da Tabela 2 pode-se perceber que a proporção de LF relacionadas com a utilização de VNI é bastante variável, de 14,4% (Yamaguti et al., 2014) a 100% (Shikama, et al., 2018) e está, aparentemente, associada ao tipo de interface utilizado.

Quanto à pressão exercida nos pontos de apoio da interface (Alqahtani, Worsley, & Voegeli, 2018) concluíram que a pressão na pirâmide nasal era superior à exercida nas faces, não existindo diferenças significativas entre a pressão exercida na face esquerda e na face direita, no entanto houve uma alteração substancial nos valores de pressão na pirâmide nasal com a aplicação de pressão positiva. No que diz respeito à pressão exercida nos pontos de apoio da interface, Shikama et al. (2018) concluíram que a pressão de contato na pirâmide nasal diminuiu significativamente com a utilização do dispositivo adaptador, no entanto, a pressão no mento aumentou significativamente, sendo que a distribuição da pressão de contato diminuiu consideravelmente.

DISCUSSÃO

Uma das causas de UPP associada a dispositivos médicos é o tamanho e forma inadequados das interfaces (Dyer, 2015) e com esta revisão pode observar-se que o surgimento de LF está associado ao tipo de interface utilizada na VNI, sendo este fato corroborado por autores como Gregoretti et al. (2002), que testaram um protótipo de MON adaptado para diminuir a pressão na região da pirâmide nasal. A proporção de LF no grupo com o protótipo de MON foi de 43% e no grupo com MON foi de 100%.

Segundo Chacur, Vilella Felipe, Fernandes e Lazzarini (2011), a utilização da MFT tem sido associada a uma melhor tolerância e conforto, quando comparada com a MON, sendo a MFT uma alternativa à MON, pois não aplica pressão nas proeminências ósseas (Jaber S Alqahtani & Al Ahmari, 2018). Ainda, num estudo randomizado mostrou-se que o uso de capacete, após a utilização inicial de MON durante 2h, resultou num melhor outcome, no diz respeito ao sucesso da VNI, em comparação com indivíduos que utilizaram apenas MON (Antonaglia et al., 2011).

Sferrazza, Marco, Akoumianaki e Brochard (2012), afirmaram que as LF são um fator agravante na intolerância à interface, na maioria dos casos este fato pode ser amenizado realizando ajustes à interface ou utilizando outros tipos de interface. Não esquecendo que a utilização de interfaces que gerem menor pressão na face (MFT ou capacete) em indivíduos com necessidade de VNI prolongada, pode diminuir o risco de LF (Nava et al., 2009).

Os resultados desta revisão indicam que o maior tempo de aplicação da interface está associado a uma maior proporção de LF, indo ao encontro com a bibliografia existente uma vez que Carron et al. (2013) apresentam uma incidência de LF, após 2h de utilização da VNI, de 5 a 50%, aumentando após 2 dias de VNI. Também Gregoretti et al. (2002) demonstraram que em indivíduos com MON, o surgimento de LF aumentou 20% entre as 24h e 48h, sugerindo que um período de VNI superior a 24h está associado a um maior risco de LF e Sofia et al. (2016) registou uma proporção de 26,7% de LF em indivíduos submetidos a VNI por períodos superiores a 18h.

No que concerne aos efeitos adversos relacionados com a interface, como as LF, podem ocorrer em apenas algumas horas após o início da aplicação da VNI (Gay, 2009) e uma utilização mais prolongada de interface de VNI aumenta a pressão de contato na área nasal levando a LF (Nava & Hill, 2009).

Estas LF estão, normalmente, associadas a pressões altas nas áreas de contato com a interface, por isso, uma das estratégias para a diminuição do risco de surgimento de LF é a aplicação de apósitos de proteção. Constatou-se que dos apósitos testados, apenas a película de poliuretano não aumentou a pressão na face (Riquelme et al., 2017). No entanto, no estudo de Weng (2008) não existiram diferenças significativas na proporção de LF entre o grupo com hidrocolóide e o grupo com película transparente. Todavia, o grupo sem proteção apresentou uma proporção superior de LF (96.7%) (Weng, 2008). Também a EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014) defendem que a utilização de proteção cutânea como os hidrocolóides, espumas de poliuretano e películas transparentes

é um fator importante na diminuição de LF e prevenção de pequenas fugas.

Perante isto, é de considerar que embora os apósitos possam aumentar a pressão exercida pela interface, o valor da mesma se encontra a baixo do valor de oclusão dos capilares e que existem outros fatores como as forças de fricção e a humidade que possam ser diminuídos. Neste sentido, o excesso da hidratação da pele está associado com o desenvolvimento de UPP (Visscher et al., 2015) e a humidade excessiva enfraquece a epiderme tornando-a mais suscetível à lesão (Yusuf et al., 2015), indo ao encontro com o observado na presente revisão.

As limitações desta revisão foram que dois dos estudos apresentaram como amostra indivíduos saudáveis o que pode dificultar a extrapolação dos resultados para um contexto real (em indivíduos em processo de doença). Outra das limitações desta revisão é que apenas estavam disponíveis dados sobre a utilização MON e MFT e a sua realação com o desenvolvimento de LF. A não existência de estudos da realidade portuguesa também dificulta a perceção do contexto atual das LF associadas à VNI em Portugal.

Implicações para a prática

No que diz respeito ao surgimento de LF em indivíduos submetidos a VNI existem várias intervenções a ter em conta na prática, como a escolha da interface adequada e a rotação de interfaces (Jaber S Alqahtani & Al Ahmari, 2018; Antonaglia et al., 2011; Dyer, 2015; Gregoretti et al., 2002; cfr. Yamaguti et al., 2014), a redução do tempo de utilização da VNI ao mínimo possível (cfr. Carron et al., 2013; Gregoretti et al., 2002; Sardo et al., 2016), a colocação de apósitos de proteção como os hidrocolóides ou as películas de poliuretano nas zonas de maior pressão (pirâmide nasal) (cfr. Riquelme et al., 2017; Weng, 2008) e a manutenção da pele limpa e seca (cfr. Dyer, 2015; Visscher et al., 2015; Yusuf et al., 2015).

Tendo em conta as competências do Enfermeiro Especialista de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010a), este deve conceber programas de melhoria contínua, criar um ambiente terapêutico e seguro e basear a sua prática em

padrões de conhecimento sólidos pelo que, com os dados extraídos desta revisão, o enfermeiro especialista poderá conceber um programa de intervenção que tenha como objetivo diminuir a incidência de LF em indivíduos submetidos a VNI.

A Ordem dos Enfermeiros (2010b) refere, ainda, que umas das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica é cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, assim, é importante lembrar que os indivíduos que necessitam de VNI estão mais predispostos a alterações cutâneas devido a falência orgânica, exigindo assim uma avaliação e observação mais próximas e que permita antecipar alterações, não esquecendo que o papel do Enfermeiro é o de providenciar o máximo de conforto e prevenir os efeitos secundário da utilização da interface, como as LF.

Outra questão a ter em conta é o risco de infeção associado às LF (Raurell-Torredà et al., 2017), sendo que o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica deverá deter a competência para intervir na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica.

CONCLUSÃO

Com a realização desta revisão percebeu-se que um dos fatores que influencia o desenvolvimento de LF é a interface utilizada, sendo que a MFT apresentou uma proporção menor de surgimento de LF, quando comparada com a MON. Não esquecendo que o tempo utilização de aplicação da interface também influencia o surgimento das LF.

Outro fator associado às LF na VNI é a aplicação, ou não, de apósitos de proteção. Por conseguinte, o mais utilizado é o hidrocolóide, no entanto as referências mais atuais demonstram que a sua utilização aumenta a pressão exercida pela interface e a fuga associada, o que pode trazer efeitos negativos, sendo por isso preferível a utilização de película de poliuretano.

Também a VNI humidificada provoca alterações cutâneas significativas, aumentando o risco de lesão.

Futuros trabalhos poderão avaliar a relação

doutros fatores para o desenvolvimento de LF em indivíduos submetidos a VNI como: a pressão exercida pelo arnês (dispositivo que retém a máscara na posição correta), a utilização de ácidos gordos na manutenção da integridade cutânea e as comorbidades que mais influenciam o desenvolvimento das LF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alqahtani, Jaber S, & Al Ahmari, M. D. (2018). Evidence based synthesis for prevention of noninvasive ventilation related facial pressure ulcers. *Saudi Medical Journal*, 39(5), 443–452. <https://doi.org/10.15537/smj.2018.5.22058>
- Alqahtani, Jaber Saud, Worsley, P., & Voegeli, D. (2018). Effect of Humidified Noninvasive Ventilation on the Development of Facial Skin Breakdown. *Respiratory Care*, 63(9), 1102–1110. <https://doi.org/10.4187/respcare.06087>
- Antonaglia, V., Ferluga, M., Molino, R., Lucangelo, U., Peratoner, A., Roman-Pognuz, E., ... Zin, W. A. (2011). Comparison of noninvasive ventilation by sequential use of mask and helmet versus mask in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A preliminary study. *Respiration*, 82(2), 148–154. <https://doi.org/10.1159/000324259>
- Belchior, I., Goncalves, M. R., & Winck, J. C. (2012). Continuous Noninvasive Ventilation Delivered by a Novel Total Face Mask: A Case Series Report. *Respiratory Care*, 57(3), 449–453. <https://doi.org/10.4187/respcare.01275>
- Cabrini, L., Idone, C., Colombo, S., Monti, G., Bergonzi, P. C., Landoni, G., ... Torri, G. (2009). Medical emergency team and non-invasive ventilation outside ICU for acute respiratory failure. *Intensive Care Medicine*, 35(2), 339–343. <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1350-y>
- Carron, M., Freo, U., Bahammam, A. S., Dellweg, D., Guarracino, F., Cosentini, R., ... Esquinas, A. (2013). Complications of non-invasive ventilation techniques: A comprehensive qualitative review of randomized trials. *British Journal of Anaesthesia*, 110(6), 896–914. <https://doi.org/10.1093/bja/aet070>
- Chacur, F. H., Felipe, L. M. V., Fernandes, C. G., & Lazzarini, L. C. O. (2011). The total face mask is more comfortable than the oronasal mask in noninvasive ventilation but is not associated with improved outcome. *Respiration*, 82(5), 426–430. <https://doi.org/10.1159/000324441>
- Dyer, A. (2015). Ten top tips: Preventing device-related pressure ulcers. *Wounds International*, 6(1), 9–13.
- Gay, P. (2009). Complications of noninvasive ventilation in acute care. *Respiratory Care*, 54(2), 246–258. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105451047&site=ehost-live>
- Godfrey, C. M., & Harrison, M. B. (2015). Systematic Review Resource Package. Systematic Review Methodology. Joanna Briggs Institute, 4.
- Gregoretto, C., Confalonieri, M., Navalesi, P., Squadrone, V., Frigerio, P., Beltrame, F., ... Antonelli, M. (2002). Evaluation of patient skin breakdown and comfort with a new face mask for non-invasive ventilation: A multi-center study. *Intensive Care Medicine*, 28(3), 278–284. <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1208-7>
- Intensiva, U. D. T., Diez, T., Fernandes, A., Bibiana, R., Fernandes, C., Luís, F., ... Fonseca, C. (2015). Prevenção de Úlceras da face, em Pessoas Submetidas a Ventilação não invasiva, indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem: Revisão sistemática de Literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 4, 54–66.
- Kallet, R. H., Faarc, R. R. T., & Diaz, J. V. (2009). The Physiologic Effects of Noninvasive Ventilation. *Respiratory Care*, 54(1), 102–115.
- Martins, M., Ribas, P., Sousa, J., Silva, N., Preto, L., & Correia, T. (2016). Facial pressure ulcers in inpatients undergoing non-invasive ventilation in intermediate care units. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 103–112. <https://doi.org/10.12707/RIV16015>
- Mas, A., & Masip, J. (2014). Noninvasive ventilation in acute respiratory failure. *International Journal of COPD*, 9(9685), 837–852. <https://doi.org/10.2147/COPD.S42664>
- Mehta, S., & Hill, N. S. (2001). Noninvasive ventilation (State of the Art). *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163(2), 540–577.
- Mortamet, G., Amaddeo, A., Essouri, S.,

- Renolleau, S., Emeriaud, G., & Fauroux, B. (2017). Interfaces for noninvasive ventilation in the acute setting in children. *Paediatric Respiratory Reviews*, 23, 84–88. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2016.09.004>
- Nava, S., & Hill, N. (2009). Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *The Lancet*, 374(9685), 250–259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60496-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60496-7)
- Nava, S., Navalesi, P., & Gregoretti, C. (2009). Interfaces and Humidification for Noninvasive Mechanical Ventilation, 71–84.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.o 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário da República*, 2.a série — N.o 135 — 16 de julho de 2018, 19359–19370.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.o 140/2019 - Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, *Diário da República*, 2.a série — N.o 26 — 6 de fevereiro de 2019 § (2019). Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Raurell-Torredà, M., Romero-Collado, A., Rodríguez-Palma, M., Farrés-Tarafà, M., Martí, J. D., Hurtado-Pardos, B., ... Esquinas, A. M. (2017). Prevention and treatment of skin lesions associated with non-invasive mechanical ventilation. Recommendations of experts. *Enfermería Intensiva (English ed.)*, 28(1), 31–41. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2017.03.006>
- Riquelme, H., Wood, D., Martínez, S., Carmona, F., Peña, A., & Wegner, A. (2017). Face protective patches do not reduce facial pressure ulcers in a simulated model of non-invasive ventilation. *Revista Chilena De Pediatría*, 88(3), 354–359. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000300007>
- Sardo, P. M. G., Simões, C. S. O., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. F. L., Machado, P. A. P., Amado, F. M. L., ... Melo, E. M. O. P. de (2016). Analyses of pressure ulcer incidence in inpatient setting in a Portuguese hospital. *Journal of Tissue Viability*, 25(4), 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.08.003>
- Schallom, M., Cracchiolo, L., Falker, A., Foster, J., Hager, J., Morehouse, T., ... Kollef, M. (2015). Pressure Ulcer Incidence in Patients Wearing Nasal-Oral Versus Full-Face Noninvasive Ventilation Masks. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 24(4), 349–356. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015386>
- Sferrazza, G. F., Marco, F. di, Akoumianaki, E., & Brochard, L. (2012). Recent advances in interfaces for non-invasive ventilation: From bench studies to practical issues. *Minerva Anestesiologica*, 78(10), 1146–1153. Obtido de <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L366148535%5Cnhttp://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/5YjcXmzHp9NFUPAWPs71Lo4jgZykSxpGq%2FHYnYJa2jF5HWuRu8qY86SfZBAEDyN2ld8G9egFJQj3CGZYUPnoSA%3D%3D/R02Y2012N10A1146.pdf%5Cnhttp://>
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Whitlock, E. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (prisma-p) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ (Online)*, 349(January), 1–25. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Shikama, M., Nakagami, G., Noguchi, H., Mori, T., & Sanada, H. (2018). Development of Personalized Fitting Device With 3-Dimensional Solution for Prevention of NIV Oronasal Mask-Related Pressure Ulcers. *Respiratory Care*, 63(8), 1024–1032. <https://doi.org/10.4187/respcare.05691>
- Visscher, M. O., White, C. C., Jones, J. M., Cahill, T., Jones, D. C., & Pan, B. S. (2015). Face masks for noninvasive ventilation: fit, excess skin hydration, and pressure ulcers. *Respiratory Care*, 60(11), 1536–1547. <https://doi.org/10.4187/respcare.04036>
- Weng, M. H. (2008). The effect of protective treatment in reducing pressure ulcers for non-invasive ventilation patients. *Intensive and*

Critical Care Nursing, 24(5), 295–299. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.005>

Yamaguti, W. P., Moderno, E. V, Yamashita, S. Y., Gomes, T. G., Maida, A. L. V, Kondo, C. S., ... de Brito, C. M. (2014). Treatment-related risk factors for development of skin breakdown in subjects with acute respiratory failure undergoing noninvasive ventilation or CPAP. *Respiratory Care*, 59(10), 1530–1536. <https://doi.org/10.4187/respcare.02942>

Yusuf, S., Okuwa, M., Shigeta, Y., Dai, M., Iuchi, T., Rahman, S., ... Sanada, H. (2015). Microclimate and development of pressure ulcers and superficial skin changes. *International Wound Journal*, 12(1), 40–46. <https://doi.org/10.1111/iwj.12048>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL

Rute Severino⁽¹⁾



Resumo

Introdução: A mucosite oral constitui uma temática pertinente na medida em que é um efeito colateral frequente e debilitante associado ao tratamento de doenças oncológicas.

Objetivo: Avaliação crítica da literatura sobre a mucosite oral identificando intervenções de Enfermagem na prevenção e tratamento.

Método: Artigo de revisão teórica e conceptual. Recorreu-se à pesquisa em bases de dados científicas, nomeadamente SciELO, Google Scholar, Research Gate, Biblioteca Cochrane e Infarmed e selecionados artigos científicos com critérios de inclusão: mucosite oral, cancro, quimioterapia, radioterapia, enfermagem, prevenção e tratamento tendo sido eliminados artigos sem pertinência do tema, repetidos e aqueles que não cumpriam pelo menos dois critérios de inclusão. Foi desenvolvida uma reflexão crítica acerca da mucosite oral e feita uma síntese das intervenções de Enfermagem na prevenção e tratamento.

Resultados: Principais medidas preventivas são observação da boca, higiene oral, cuidados com alimentação e crioterapia. As principais medidas no tratamento são intervenções de Enfermagem interdependentes relacionadas com administração de fármacos.

Conclusão: Os Enfermeiros têm um papel ativo na prevenção da mucosite oral. A avaliação e intervenção das pessoas com mucosite oral deve ser desenvolvida em equipa multidisciplinar onde os Enfermeiros têm um papel central na implementação do plano terapêutico.

Palavras-chave: mucosite oral, prevenção, tratamento, enfermagem

Abstract

NON-INVASIVE VENTILATION AND FACIAL INJURIES: DETERMINANTS FOR THEIR DEVELOPMENT IN HOSPITALIZED INDIVIDUALS, AN INTEGRATIVE REVIEW

Introduction: Oral mucositis is a relevant theme as it is a frequent and debilitating side effect associated with cancer treatment.

Objective: Critical evaluation of the literature about oral mucositis identifying nursing interventions in prevention and treatment.

Method: Conceptual review article. Research was done in scientific databases, namely SciELO, Google Scholar, Research Gate, Cochrane Library and Infarmed. Scientific articles were selected with inclusion criteria: oral mucositis, cancer, chemotherapy, radiotherapy, nursing, prevention and treatment and were deleted articles without relevance to the theme, repeated articles and those that did not meet at least two inclusion criteria. It was made a critical reflection about oral mucositis and a synthesis of nursing interventions in prevention and treatment.

Results: The main preventive measures of oral mucositis are mouth observation, oral hygiene, food care and cryotherapy. The main treatment measures are related to drug administration therefore it is up to nurses to safe administration.

Conclusion: Nurses have an active role in preventing oral mucositis. The evaluation and intervention of patients with oral mucositis should be developed in a multidisciplinary team where the nurses have a central role in the implementation of the therapeutic plan.

Keywords: oral mucositis, prevention, treatment, nursing

Resumen

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA MUCOSITIS ORAL

Introducción: La mucositis oral es un tema relevante ya que es un efecto secundario frecuente y debilitante asociado con el tratamiento de enfermedades cancerosas.

Objetivo: Evaluación crítica de la literatura sobre la mucositis oral que identifica intervenciones de enfermería en prevención y tratamiento. *Método:* artículo de revisión teórica y conceptual. Se realizaron búsquedas en bases de datos científicas, a saber, SciELO, Google Scholar, Research Gate, biblioteca Cochrane e Infarmed. Se seleccionaron artículos científicos con criterios de inclusión: mucositis oral, cáncer, quimioterapia, radioterapia, enfermería, prevención y tratamiento. Se eliminaron los artículos sin relevancia para el tema, repetidos y aquellos que no cumplieron al menos dos criterios de inclusión. Se desarrolló una reflexión crítica sobre la mucositis oral y se realizó una síntesis de las intervenciones de enfermería en prevención y tratamiento.

Resultados: Las principales medidas preventivas son observación de la boca, higiene bucal, cuidados con alimentos y crioterapia. Las principales medidas en el tratamiento son las intervenciones de enfermería interdependientes relacionadas con la administración de medicamentos.

Conclusión: Las enfermeras tienen un papel activo en la prevención de la mucositis oral. La evaluación e intervención de las personas con mucositis oral debe desarrollarse en un equipo multidisciplinario donde las enfermeras tienen un papel central en la implementación del plan terapéutico.

Palabras clave: mucositis oral, prevención, tratamiento, enfermería

INTRODUÇÃO

Atualmente o tratamento de doenças oncológicas com quimioterapia e radioterapia é cada vez mais eficaz, porém estes tratamentos estão frequentemente associados a efeitos colaterais de curto e longo prazo em diversos sistemas do organismo, nomeadamente no sistema gastrointestinal (1, 3, 7, 10, 11). O termo mucosite oral surgiu em 1980 para descrever uma lesão que ocorre na superfície da mucosa oral causada pela quimioterapia e/ou radioterapia, constituindo uma entidade distinta das lesões orais denominadas genericamente de estomatite (2). A mucosite resulta da inflamação da mucosa devido à exposição a quimioterapia ou radiação ionizante. Trata-se de uma reação tóxica inflamatória caracterizada por lesões inflamatórias e/ou ulcerativas da via oral e/ou gastrointestinal (1, 3, 4, 5, 9, 10, 11). Diversos estudos referem que aproximadamente 85 a 100% das pessoas submetidas a quimioterapia e/ou radioterapia desenvolvem mucosite em estadios variados, dependendo do tipo de cancro, dose de radiação, tipo (s) de citotóxico (s) e dose (s) administrada (s). A mucosite oral ocorre sobretudo no tratamento de doenças hemato-oncológicas, nas pessoas que recebem esquemas de condicionamento com altas doses de quimioterapia para transplante de células-tronco de medula óssea e ainda nos casos de cancro da cabeça e do pescoço submetidos a radioterapia (3, 4, 5, 9). Alguns dos citotóxicos mais agressivos para o epitélio da mucosa oral, destacam-se 5-fluorouracilo, metotrexato, bleomicina, doxorubicina, ciclofosfamida e cisplatina (2, 4, 5). O tratamento combinado com diferentes citotóxicos intensifica a probabilidade de mucosite oral (2, 4, 6). Os fatores individuais que podem contribuir para o agravamento da mucosite oral destacam-se o fraco estado nutricional no início da quimioterapia, predisposição genética, deficiente higiene oral, consumo de álcool e tabaco (podem atrasar a cicatrização), consumo frequente de bebidas e comidas muito quentes ou condimentadas e infeções orais pré-existent (4, 5, 7). No que se refere à idade, a mucosite oral pode ocorrer em qualquer idade, sendo que as pessoas mais jovens e idosas têm maior risco de desenvolver lesões

na mucosa oral, uma vez que as pessoas mais jovens têm maior taxa mitótica e mais recetores epidérmicos dos fatores de crescimento que podem aumentar a gravidade da mucosite enquanto nas pessoas idosas com função renal diminuída ocorre um decréscimo da depuração de quimioterapia, aumentando o risco de toxicidade devido a doses elevadas de citostáticos (7).

A mucosite oral surge aproximadamente 5 a 10 dias após o início do tratamento oncológico, porém, algumas vezes, ocorre antes do tratamento sobretudo nos casos de doenças hemato-oncológicas com compromisso do sistema imunitário. Em mais de 90% das pessoas, a mucosite oral é resolvida em 21 dias que coincide com a recuperação das células leucocitárias. Cada ciclo de quimioterapia implica um risco de mucosite oral e aquelas pessoas que apresentaram esse quadro num ciclo anterior apresentam maior risco de desenvolver de novo nos ciclos subsequentes (4, 5).

A mucosite oral geralmente dolorosa, afeta significativamente o bem-estar, a qualidade de vida e as atividades de vida diária da pessoa com doença oncológica, podendo interferir negativamente no seu programa terapêutico (1, 3, 4, 8, 10). As principais consequências da mucosite oral são o compromisso da nutrição e hidratação, sentimentos de tristeza e angústia e aumento do tempo de internamento por quadros infecciosos, gerando importantes custos em saúde (1 a 10). A ingestão alimentar e hídrica geralmente diminui, uma vez que a presença de lesões na mucosa oral pode impedir a pessoa de comer e beber adequadamente, implicando um ajuste na dieta de modo a colmatar e corrigir défices nutricionais (1, 6). Em termos psicológicos podem surgir estados de tristeza e angústia, sendo que a mucosite oral já foi descrita como o pior efeito colateral no tratamento do cancro e mais angustiante (2, 8). De referir ainda que a mucosite oral constitui um fator de risco importante no desenvolvimento de quadros infecciosos, aumentando o risco de septicemia sobretudo nas pessoas neutropénicas (10). A alteração da mucosa oral pode permitir a entrada da flora endógena local sejam bactérias, fungos e favorecer o aparecimento de infeções virais tais

como o herpes *simplex* 1. Deste modo, o tratamento dos casos de mucosite oral moderada a severa pode implicar o prolongamento do internamento e o recurso a analgésicos, antimicrobianos, hidratação endovenosa e alimentação entérica ou parentérica, representando uma carga económica significativa (1, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

OBJETIVO

O objetivo geral deste trabalho é **efetuar uma avaliação crítica da literatura sobre a mucosite oral**, identificando as intervenções de Enfermagem na prevenção e tratamento da mesma.

MÉTODOS

Aspetos éticos

Este artigo não necessitou de ser submetido à apreciação de uma comissão de ética visto que não envolve seres humanos. No entanto, foram atendidos os procedimentos éticos a ter em consideração num trabalho deste tipo, nomeadamente a referenciação e o respeito pelos autores dos artigos incluídos.

Tipo de estudo

Trata-se de um artigo de revisão teórica e conceptual utilizando um método de pesquisa de prática baseada na evidência.

Procedimentos metodológicos

Foi feita pesquisa em bases de dados científicas, nomeadamente SciELO, Google Scholar, Research Gate, Biblioteca Cochrane e Infarmed. Mediante esta pesquisa foram selecionados artigos científicos com os critérios de inclusão: mucosite oral, cancro, quimioterapia, radioterapia, enfermagem, prevenção e tratamento. De modo a triar os artigos, foram eliminados aqueles sem pertinência do tema, repetidos, que não cumpriam pelo menos dois critérios de inclusão, estudos sem acesso a texto integral gratuitamente e estudos publicados em idiomas diferentes de Português, Inglês e/ou Espanhol. Da pesquisa efetuada resultaram 11 artigos para leitura integral. Como se poderá constatar adiante, o tratamento da mucosite oral assenta fortemente em terapêutica farmacológica e por isso 10 fontes são provenientes

do Infarmed e dos respetivos laboratórios. De referir que os 11 artigos selecionados e as fontes provenientes do Infarmed e RCM dos laboratórios não são apresentados de modo individual, sendo que se optou por efetuar uma análise global e crítica acerca da mucosite oral sistematizando as principais intervenções de Enfermagem na prevenção e tratamento da mesma.

RESULTADOS

Intervenções de Enfermagem na prevenção da mucosite oral

A mucosite oral constitui uma problemática multifatorial associada ao tratamento oncológico. Atendendo ao impacto negativo que provoca na pessoa em termos de capacidade de alimentação e hidratação, comunicação e compromisso significativo na qualidade de vida, considera-se fundamental a implementação de intervenções preventivas (1, 2, 5, 7, 9). Existe um conjunto de intervenções autónomas de Enfermagem que são capazes de prevenir ou reduzir a intensidade da mucosite oral nomeadamente, a avaliação física diária da cavidade oral, a promoção e supervisão de um plano de higiene oral rigoroso, a crioterapia e os cuidados com alimentação nomeadamente: suspensão de substâncias e alimentos irritantes para a mucosa, tais como tabaco e álcool e alimentos fritos, ácidos, salgados, condimentados, picantes, duros e muito quentes (1, 2, 4, 5, 7, 9). Inerente a estas intervenções de Enfermagem está a educação da pessoa e familiares significativos acerca dos aspetos acima referidos e o envolvimento da pessoa no seu próprio plano de cuidados (1, 2, 5, 9).

Existe consenso unânime de que um protocolo de higiene oral rigoroso reduz significativamente a frequência e gravidade da mucosite oral durante o tratamento de quimioterapia, constituindo uma das principais estratégias de prevenção (1 a 9).

Por suma vez, o uso de crioterapia (utilização do gelo) também tem sido amplamente divulgado na prevenção e redução da mucosite oral dado o seu efeito protetor e terapêutico, tratando-se de uma terapêutica de baixo custo que não oferece riscos, com alta eficácia e fácil aplicação (1, 2, 4, 5, 7, 9).

De modo a personalizar a dieta atendendo aos cuidados acima descritos, o Enfermeiro deve

articular-se com o nutricionista. Este aspeto é fundamental sobretudo no âmbito do tratamento oncológico em regime de internamento ^(1,9).

Intervenções de Enfermagem no tratamento da mucosite oral

O tratamento da mucosite oral implica uma adequada intervenção multiprofissional ^(1, 2, 4, 5, 7, 9). As principais intervenções de Enfermagem no tratamento de uma pessoa com mucosite oral são a avaliação das lesões e a sua evolução com recurso a instrumentos de avaliação da gravidade da mucosite oficialmente reconhecidos, orientar a manutenção da prática de higiene oral, articular-se com outros profissionais de saúde, nomeadamente nutricionista e técnicos para realização de terapia com laser, bem como todas as intervenções interdependentes relacionadas com a administração de fármacos. Os principais fármacos administrados no tratamento da mucosite oral são analgésicos, antimicrobianos (antifúngicos e/ou antivirais), agentes destoxicantes (palifermina) e agentes protetores e preventivos de toxicidade (como amifostina). Os fármacos palifermina e amifostina são opções terapêuticas menos utilizadas com custo económico significativo e reservadas a casos restritos ^(5,6).

Nos casos graves de mucosite oral é necessário o recurso a alimentação parentérica, cabendo ao Enfermeiro a administração segura ^(1,7,8).

Atualmente a terapia por laser pode ser utilizada, quer na prevenção, quer no tratamento da mucosite oral ligeira a moderada das pessoas submetidas a tratamentos oncológicos, sendo capaz de reduzir a gravidade e a duração da mucosite ^(1, 5, 10). Como a aplicação do laser requer equipamento dispendioso e profissionais especializados, a sua utilização é restrita, sendo utilizado sobretudo nas pessoas que farão transplante de medula óssea. Deste modo, se for necessário recorrer à terapia por laser, o Enfermeiro deverá encaminhar a pessoa para a realização deste procedimento ⁽¹⁾.

DISCUSSÃO

Intervenções de Enfermagem na prevenção da mucosite oral

A observação física diária da cavidade oral constitui uma intervenção preventiva de mucosite oral pois permite a descrição com precisão das possíveis alterações nos lábios, gengivas, mucosa, língua, dentes e saliva. O resultado desta avaliação permite a identificação precoce de possíveis alterações ligadas ao aparecimento de mucosite oral em pessoas de risco ⁽⁵⁾.

O Enfermeiro tem papel importante na educação da pessoa para a prática de uma higiene oral cuidada, devendo ser implementada pelo menos uma semana antes do início da quimioterapia de modo a habituar a pessoa a executá-la durante todo o tratamento. Os principais aspetos inerentes à higiene oral passam pela escovagem dos dentes e superfície oral com uma escova macia durante 90 segundos após cada refeição e antes de deitar com uma pasta dentífrica não abrasiva; utilização do fio dentário sempre que possível exceto nos casos de neutropenia e trombocitopenia ^(1, 4, 5, 7, 9); lavagem da boca pelo menos quatro vezes ao dia com um colutório adequado e em caso de uso de próteses (tanto totais como parciais) está recomendada a descontinuação das mesmas de modo a evitar o traumatismo do tecido mole durante o tratamento e a escovagem das próteses 30 minutos após as refeições e à noite, deixando-as imersas em solução salina, prevenindo, deste modo, a proliferação de fungos e bactérias ^(1,4).

Uma vez que a xerostomia é frequente na mucosite oral, o Enfermeiro deve reforçar a importância da hidratação e deve ser recomendado o uso de um creme labial ^(1,7).

As lavagens suaves da boca não só promovem o conforto como ajudam a manter a humidade do epitélio oral e assim reduzir o risco de infeção secundária ⁽⁶⁾. No que se refere a colutórios, existem várias opções disponíveis, desde os antimicrobianos como a clorhexidina e benzydamina até soluções com bicarbonato de sódio, e fosfato de cálcio ^(1,2,5,6,13). A clorhexidina 0,12% constitui um dos antimicrobianos mais utilizados na prevenção e tratamento da mucosite

oral pois ajuda a controlar a colonização bacteriana e fúngica oral, reduzindo a formação de placa bacteriana e gengivites ^(1, 6). Por sua vez, a benzidamina é um agente seguro, eficaz e bem tolerado para profilaxia de mucosite oral por radioterapia e quimioterapia ^(1, 2, 4, 5, 12). Trata-se de um agente anti-inflamatório não esteróide com aplicação tópica e ação analgésica, anestésica, antisséptica e anti-inflamatória ⁽⁵⁾ que raramente está associado a toxicidade ⁽¹²⁾. Como alternativa, o bicarbonato de sódio permite criar um ambiente alcalino que dificulta a multiplicação bacteriana com a vantagem de não ser irritante para a mucosa, podendo ser usado como um agente de limpeza devido à sua capacidade de dissolver muco e soltar detritos ^(1, 5, 6). De destacar a importância do fosfato de cálcio como estratégia farmacológica na prevenção e tratamento da mucosite oral. Em termos farmacológicos, o fosfato ajuda a reparar as células da mucosa oral danificadas, mantém o equilíbrio do pH (prevenindo a proliferação de bactérias e fungos) e previne cáries. Por sua vez, o cálcio promove a cicatrização e preserva a integridade do epitélio da mucosa oral. Deste modo, têm sido reconhecidos os benefícios da utilização regular, entre 4 a 6 vezes ao dia, do fosfato de cálcio (caphosol[®]) na prevenção e tratamento da mucosite oral ⁽¹³⁾.

Atualmente existe evidência que recomenda o uso da crioterapia para prevenir a mucosite oral e reduzir a gravidade das lesões. A crioterapia envolve a dissolução de fragmentos de gelo na cavidade oral por 5 minutos antes e 25 minutos após a administração de quimioterapia com o objetivo de minimizar o efeito citotóxico sobre a mucosa através da diminuição da circulação sanguínea durante o pico da quimioterapia no sangue ⁽²⁾. Os estudos demonstram os benefícios da crioterapia nas pessoas que foram tratadas com 5-fluorouracilo e naquelas que receberão altas doses de Melfalan como condicionamento para o transplante de medula óssea. Neste caso, recomenda-se a dissolução do gelo na boca 30 minutos antes do início da infusão de quimioterapia, bem como durante e após a infusão ^(1, 7).

Intervenções de Enfermagem no tratamento da mucosite oral

Quando a mucosite oral está instalada, as intervenções de saúde visam controlar a dor, evitar complicações decorrentes da mucosite e acelerar a regeneração da mucosa ^(5, 9).

Para avaliar o grau de compromisso no autocuidado e para o diagnóstico e planejamento dos cuidados, o Enfermeiro deve utilizar instrumentos de avaliação do grau de mucosite. Os instrumentos mais utilizados são a escala de toxicidade oral da Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizada desde 1988 e o CTC (*common toxicity criteria*) do *National Cancer Institute* ^(1, 2, 7, 9). Em ambas as escalas são tidas em consideração os aspectos anatómicos, funcionais e sintomáticos da mucosite, permitindo ao Enfermeiro o reconhecimento e a avaliação da gravidade da mucosite. As escalas da avaliação da mucosite devem ser usadas no tratamento pois implicam a observação diária da cavidade oral, permitindo avaliar a eficácia do tratamento instituído ^(7, 9).

Uma pessoa com mucosite oral deve ter um plano alimentar personalizado que tenha em consideração as complicações orais da quimioterapia. Deste modo, o Enfermeiro deve articular-se com o nutricionista. A dieta deve ser fracionada e deve dar-se preferência a alimentos moles, fáceis de mastigar e engolir e líquidos (por exemplo batidos, gelatinas, purés e gelados), estimulando igualmente a ingestão hídrica ^(1, 2, 5, 7, 9). Nos casos de mucosite de grau II a III deve optar-se por uma dieta líquida fria com recursos a batidos e suplementos e providenciar analgesia antes da refeição e a horas certas. Nos horários das refeições, o ambiente deve ser agradável, longe de odores e situações geradoras de stress ⁽⁹⁾. Além do ensino à pessoa e família significativa acerca das alterações na dieta, o Enfermeiro deve monitorizar o peso corporal diariamente ou de 2 em 2 dias, de modo a estimar o peso e avaliar a eficácia das alterações nutricionais instituídas ⁽⁹⁾. Nos casos de mucosite oral de grau IV em que a pessoa não consegue alimentar-se é necessário recorrer à hidratação endovenosa e à alimentação parentérica, sendo que o Enfermeiro é o profissional responsável pela sua administração

segura^(1,7).

Existe consenso unânime nos diversos estudos de que a dor é uma das maiores problemáticas associadas ao tratamento oncológico, sobretudo nos casos de mucosite oral moderada a severa^(1,2,4,5,6,7,8,9). Para avaliar corretamente o sintoma de dor, considerado o quinto sinal vital, o Enfermeiro deve utilizar instrumentos de avaliação da dor, existindo várias escalas à disposição, tais como a escala numérica, visual analógica, qualitativa, entre outras. Algumas atividades de Enfermagem no âmbito da gestão e controlo da dor passam por informar a pessoa acerca da etiologia da dor, valorizar as queixas algícas, monitorizar a dor com recurso à escala de avaliação de dor mais adequada, proporcionar alívio da dor com analgesia (idealmente antes das refeições e horas certas, evitando o recurso ao SOS), avaliar a eficácia da analgesia administrada e orientar a pessoa para técnicas não farmacológicas no alívio da dor como a crioterapia^(1,9,11). O Enfermeiro pode fornecer soluções compostas (por exemplo: bicarbonato de sódio, nistatina e lidocaína) e benzidamina antes da refeição de modo a proporcionar analgesia. Nos casos de mucosite oral moderada a severa, a dor apenas pode ser controlada com analgésicos via sistémica, sendo necessário recorrer a anti-inflamatórios não esteróides e opióides como o tramadol, fentanil ou morfina^(7,8,9,10).

Nos casos ligeiros de candidíase oral, recomenda-se a utilização de antifúngicos orais, tais como a nistatina. De aplicação tópica na boca e subsequente ingestão, a nistatina deve ser continuada até que o esquema de tratamento seja completado. Geralmente a dose recomendada varia de 1 a 6 ml administrada 4 vezes ao dia sobre a área afetada e mantida na boca tanto tempo quanto possível (alguns minutos) e só depois deve ser deglutida⁽¹⁴⁾.

Por sua vez, o fluconazol um fármaco antifúngico de largo espectro está reservado para prevenção e tratamento da candidíase orofaríngea e esofágica e nos casos de *candida* sistémica. Apresenta-se como solução de 2mg/ml e administra-se por perfusão endovenosa intermitente lenta. A dose recomendada depende do objetivo do tratamento, sendo que geralmente

inicia-se com uma dose 400 mg (prevenção a tratamento de candidíase orofaríngea e esofágica) até 800 mg (*candida* sistémica), passando a uma dose diária de 200 a 400 mg enquanto for clinicamente justificado. Os efeitos secundários mais frequentemente associados ao fluconazol são cefaleias, alterações gastrointestinais (desconforto epigástrico, náuseas, vómitos e diarreia) e erupção cutânea⁽¹⁵⁾.

O voriconazol constitui outro fármaco antifúngico de largo espectro que está indicado no tratamento da *candida* sistémica, infeções invasivas graves por espécies resistentes ao fluconazol, tratamento da aspergilose e profilaxia de infeções fúngicas invasivas em pessoas submetidas a transplante alogénico de células estaminais hematopoiéticas de elevado risco. Apresenta-se em frascos com pó de 200 mg para solução de perfusão. O pó deve ser reconstituído com 19 ml de água para preparações injetáveis ou cloreto de sódio 0,9% de forma a obter um volume 20 ml e diluído de modo a obter uma concentração de 0,5 a 5 mg/ml. O voriconazol deve ser administrado por perfusão endovenosa intermitente lenta (durante 1 hora). Pode ser utilizado via endovenosa ou oral, sendo que neste caso deve ser ingerido fora do horário das refeições. O regime posológico mais recomendado é o seguinte: via endovenosa: dose de carga (primeiras 24 horas): 9 mg/kg de 12 em 12 horas; dose de manutenção (após as primeiras 24 horas): 8 mg/kg de 12 em 12 horas. Na via oral não está recomendada a dose de carga e a dose de manutenção é de 9 mg/kg a cada 12 horas. Os efeitos secundários mais frequentemente associados ao voriconazol são cefaleias, insuficiência visual, edema periférico, alterações gastrointestinais (náuseas, vómitos, dor abdominal e diarreia) e erupção cutânea⁽¹⁶⁾. Os efeitos secundários graves incluem as reações de fototoxicidade, carcinoma espinocelular da pele e toxicidade hepática⁽¹⁷⁾.

O herpes *simplex* tão frequente na população a nível mundial (estima-se que 67% da população com menos de 50 anos esteja infetada) pode constituir um problema e favorecer o risco de mucosite oral sobretudo nos casos de compromisso do sistema imunitário⁽¹⁸⁾. O aciclovir *peros* pode

ser utilizado profilaticamente de modo a prevenir o surgimento de infecções pelo vírus herpes *simplex* 1 e a recidiva. O tratamento de herpes *simplex* implica a administração endovenosa. Geralmente a dose de aciclovir é de 5mg/kg a cada 8 horas administrada por perfusão endovenosa intermitente lenta (durante 1 hora). Apresenta-se em frascos com pó de 250 mg ou solução de 500 mg para posterior diluição. Os frascos com pó devem ser reconstituídos com 10 ml de água esterilizada para injetáveis ou cloreto de sódio 0,9%. Pode adicionar-se o conteúdo de 2 frascos (500 mg de aciclovir) a 100 ml de solução. No caso de a dose ser superior a 500 mg, a diluição deve ser superior. Os efeitos secundários mais frequentemente associados ao uso do aciclovir são flebite no local de administração endovenosa, alterações gastrointestinais (náuseas e vômitos) e alterações cutâneas (prurido, urticária e erupção).

A palifermina é um agente destoxicante usada para diminuir a incidência, duração e gravidade da mucosite oral nas pessoas com doença hematológica submetidas a radio-quimioterapia mielo-ablativa em que está associada uma incidência elevada de mucosite grave. No que se refere ao regime de condicionamento com Melfalan, a mesma não deve ser utilizada dada a falta de eficácia e risco de infecção⁽²⁰⁾. Trata-se de um fator de crescimento de queratinócitos humanos que atua a nível das células epiteliais, estimulando a proliferação, diferenciação e a regulação dos mecanismos citoprotetores. A palifermina deve ser conservada no frigorífico (2° a 8°C) e protegida da luz. Este fármaco deve ser reconstituído com 1,2 ml de água para injetáveis e administrado em bólus endovenoso numa dosagem de 60 mcg/kg/dia durante três dias consecutivos antes e três dias consecutivos depois da radio-quimioterapia mielo-ablativa, num total de seis doses^(7, 20). Os efeitos secundários mais frequentemente associados ao uso da palifermina são as reações consistentes com a sua ação farmacológica na pele e no epitélio oral como por exemplo: hipertrofia das estruturas orais e edemas, incluindo o edema periférico, de gravidade ligeira a moderada e reversíveis. A grande limitação na sua utilização é o acesso, dado o seu custo muito mais elevado do que outros

agentes geralmente utilizados⁽⁵⁾.

A amifostina é um agente protetor e preventivo de toxicidade induzida pelos tratamentos antineoplásicos. Administra-se via endovenosa ou subcutânea, minutos antes da administração da quimioterapia ou radioterapia da cabeça e do pescoço⁽²¹⁾. Apresenta-se em frascos com pó de 375 mg e 500 mg que devem ser reconstituídos com 7,3 ml e 9,7 ml de cloreto de sódio 0,9% respetivamente. A dose administrada varia com o objetivo do tratamento⁽²²⁾. A utilização da amifostina está associada a uma diminuição estatisticamente significativa da mucosite, contudo apresenta efeitos secundários relevantes tais como reações alérgicas, hipotensão, náuseas e vômitos que podem ser fatores limitantes na sua utilização^(5, 21). Nos casos de quimioterapia fortemente emetogénica como a cisplatina, está recomendada. As náuseas e/ou vômitos ocorrem com frequência após a perfusão de amifostina e podem ser graves. A administração de dexametasona 20 mg endovenosa e um antagonista 5-HT3 (por exemplo ondasetrom) antes e em associação com a amifostina⁽²²⁾. A amifostina está contra-indicada nos casos de hipotensão e desidratação. Para prevenir complicações da hipotensão durante a perfusão a pessoa deve estar em decúbito dorsal e monitorizada (com vigilância da tensão arterial a cada 5 minutos)⁽²²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mucosite oral é um efeito colateral frequente e debilitante do tratamento oncológico, resultante da inflamação tóxica da mucosa dada a exposição a quimioterapia e/ou radiação ionizante. As pessoas com leucemia submetidas a tratamento com doses elevadas de citotóxicos, as que foram submetidas a radio-quimioterapia mielo-ablativa e aquelas com cancro da cabeça e do pescoço submetidas a radioterapia estão particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de mucosite oral. A duração e intensidade da mucosite oral depende de fatores individuais, tipo de cancro e modalidade de tratamento adotado. O impacto da mucosite oral é clinicamente significativo, uma vez que pode causar compromisso na nutrição e hidratação, comunicação, desencadear alterações

psicossociais como tristeza e angústia e aumentar o risco de quadros infecciosos graves, sobretudo nas pessoas imunodeprimidas.

Como foi possível constatar, todas as intervenções de âmbito preventivo são intervenções autônomas de Enfermagem pelo que o Enfermeiro tem um papel ativo na prevenção da mucosite oral. Nos casos de mucosite oral, a atuação implica uma abordagem multidisciplinar. O Enfermeiro continua a ter um papel importante, porém deve haver uma articulação com outros profissionais de saúde, devendo ser elaborado um plano de cuidados personalizado que tenha em consideração as complicações da mucosite oral. O Enfermeiro deve promover a manutenção da higiene oral, avaliar diariamente as lesões na mucosa oral de modo a monitorizar a eficácia do tratamento instituído e as intervenções de Enfermagem interdependentes relacionadas com a administração de fármacos assumem um papel preponderante, cabendo ao Enfermeiro a administração segura.

Como foi possível observar, existem vários fármacos que podem ser utilizados no tratamento da mucosite oral, desde antimicrobianos, agentes destoxicantes e agentes citoprotetores. Dado o impacto significativo da dor na pessoa afetada, no tratamento da mucosite oral, o Enfermeiro deve priorizar todas as intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo e gestão da dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LOPES Livia *et al* - Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção colectiva. Texto Contexto Enfermagem. 2016, vol 25, n. °1, e2060014

Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-2060014.pdf

2. GONDIM Flávia *et al* – Prevenção e tratamento da mucosite oral. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010, vol 18, n.° 1, pp 67-74

Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a12.pdf>

3. MORAIS JR *et al* – Characterization of the patient with chemotherapy-induced oral mucositis. Rev Enferm UFPI. 2015, vol 4, n. ° 1, pp 26-32

Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1739/pdf>

4. MENEZES Ana *et al* - Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer. Revista Brasileira de Odontologia. Rio de Janeiro, 2014, vol 71, n.° 1, pp 35 - 38

Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/536/413>

5. OLIVEIRA, Caline *et al* - Atuação da enfermagem na prevenção e controle da mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia: uma revisão de literatura. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, 2014, vol 7, n.° 1, pp.94-107

Disponível em:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DaaESiKdWo0J:srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/download/273/173+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

6. CHOI So-Eun *et al* - Sodium Bicarbonate Solution versus Chlorhexidine Mouthwash in Oral Care of Acute Leukemia Patients Undergoing Induction Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial. Elsevier: Asian Nursing Research. 2012, vol 6, pp 60-66

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/259169522_Sodium_Bicarbonate_Solution_versus_Chlorhexidine_Mouthwash_in_Oral_Care_of_Acute_Leukemia_Patients_Undergoing_Induction_Chemotherapy_A_Randomized_Controlled_Trial

7. TIPIAN Carol - Brushing up on mouth care for cancer patients with mucositis: Learn how to detect and intervene for oral mucositis. American Nurse Today. 2014, vol 9, n. ° 11

Disponível em <https://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2014/10/ant11-Mucositis-1023.pdf>

8. ZANOLIN Daniela *et al* - Patient experiences with oral mucositis caused by chemo-/radiotherapy: a critical qualitative literature review. Nursing Reports 2014, vol 4:3647

Disponível em:

<https://www.pagepressjournals.org/index.php/nursing/article/view/nursrep.2014.3647/4095>

9. ARAÚJO, Sarah *et al* - O paciente oncológico

com mucosite oral: desafios para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2015, vol 23, n.º 2, pp 267-74

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00267.pdf

10. CLARKSON JE *et al* - Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010, Issue 8. Art. No.: CD001973.

DOI:10.1002/14651858.CD001973.pub4.

Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001973.pub4/epdf/full>

11. FARRINGTON, Michele *et al* - Assessment of Oral Mucositis in Adult and Pediatric Oncology Patients: An Evidence-Based Approach. *ORL-Head and Neck Nursing*. 2010, vol 28, n.º 3

Disponível em:

<http://www.sohnnurse.com/pdf/Assessment%20of%20Oral%20Mucositis%201%2014%2013.pdf>

12. INFARMED - Folheto informativo: Informação para o utilizador; Flogoral 1,5 mg/ml solução para lavagem da boca, Cloridrato de benzidamina. 2016

Disponível em

http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3502&tipo_doc=fi

13. MOUSINHO Filipa *et al* - Estratégia preventiva da mucosite oral em doentes com tumores da cabeça e do pescoço. Experiência com fosfato de cálcio (CaphosolR). 2014

Disponível em:

https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/5500/3/brigida_ferreira_2014.pdf

14. INFARMED - Folheto Informativo: Informação para o utilizador Mycostatin 100.000 U.I./ml Suspensão oral Nistatina. 2015

Disponível em

http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5846&tipo_doc=fi

15. INFARMED - Folheto informativo: Informação para o utilizador Fluconazol Hikma 2 mg/ml solução para perfusão. 2018

Disponível em

http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=37854&tipo_doc=fi

16. HICKMA - Anexo I resumo das características

do medicamento Voriconazole INN. 2016

Disponível em:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/voriconazole-hikma-previously-voriconazole-hospira-epar-product-information_pt.pdf

17. INFARMED - Brochura de perguntas e respostas para profissionais de saúde: Voriconazol. 2018

Disponível em:

file:///C:/Users/Samsung/Downloads/Voriconazol_Brochura_medico_versao_1_26-02-2018.pdf

18. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Globally, an estimated two-thirds of the population under 50 are infected with herpes simplex virus type 1. 28/10/2015

Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/detail/28-10-2015-globally-an-estimated-two-thirds-of-the-population-under-50-are-infected-with-herpes-simplex-virus-type-1>

19. INFARMED - Folheto Informativo: Informação para o utilizador Aciclovir Accord 250 mg pó para solução para perfusão. 2015

Disponível em:

http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=49674&tipo_doc=fi

20. SWEDISH ORPHAN BIOVITRUM ABA - Kepivance, INN-palifermin: Resumo das características do medicamento. 2010

Disponível em:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/kepivotance-epar-product-information_pt.pdf

21. MEDIMMUNE PHARMA B.V - Ethyol® (amifostine) for Injection. 2007, NDA 20-221/S-024, pp 3-15

Disponível em:

https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/020221s024lbl.pdf

22. INFARMED - Folheto informativo: Informação para o utilizador: Ethyol 375 mg, pó para solução para perfusão, Ethyol 500 mg, pó para solução para perfusão. 2010

Disponível em:

http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3176&tipo_doc=fi

O PAPEL DO PAI NA GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO: PERCEÇÕES PATERNAS

Carina Rodrigues⁽¹⁾



Resumo

O período de transição para a parentalidade exige uma série de adaptações por parte dos futuros pais, onde se destaca a trajetória masculina que assume um papel preponderante na gravidez, parto e pós-parto.

O presente estudo decorre da necessidade de se analisar o papel do companheiro no processo gravídico, parto e pós-parto e perceber de que forma o homem vivencia e se envolve neste novo papel.

Trata-se de um estudo qualitativo, onde se procurou, numa amostra estratificada de dez futuros pais compreender de que forma os pais vivenciam a adaptação à paternidade, analisar as suas percepções relativamente à gravidez, parto e pós-parto assim como estudar os benefícios da sua participação no ciclo gravídico e puerperal;

Utilizou-se, como método de recolha de dados, uma entrevista semiestruturada, que foi sujeita a um estudo piloto anterior à sua aplicação. Foi posteriormente construído um guião de entrevista de doze questões, organizadas segundo a revisão de literatura realizada.

Os resultados revelaram a importância papel do pai quer durante a gravidez, quer durante o parto e puerpério. Os resultados foram interpretados à luz da literatura revista, que corroboraram, e sugerem implicações na área de saúde materna remetendo para posteriores estudos de aprofundamento.

Palavras-chave: Parentalidade, papel, gravidez, parto, pós-parto.

Abstract

FATHER'S ROLE IN PREGNANCY, CHILDBIRTH AND POSTPARTUM: PARENTAL PERCEPTIONS

The period of transition to parenthood requires a number of adjustments on the part of prospective parents, which includes the male career that takes a leading role in pregnancy, childbirth and postpartum.

The present study stems from the need to analyze the companion paper the pregnancy, delivery and postpartum and realize how man experiences and becomes involved in this new role.

This is a qualitative study in which we sought, a stratified sample of ten future parents understand how parents experience the adaptation to parenthood, analyze their perceptions with respect to pregnancy, childbirth and postpartum and to study the benefits of their participation in pregnancy and childbirth;

Was used as a method of collecting data, a semi-structured interview, which was subject to a pre-implementation pilot study. Was subsequently constructed an interview guide of eight questions, organized according to the literature review.

The results revealed the importance of the father role either during pregnancy or during childbirth and postpartum. The results were interpreted in the light of the literature review, which corroborated and suggest implications in the area of maternal health reference for further detailed studies.

Keywords: Parenting, paper, pregnancy, childbirth, postpartum.

Resumen

EL PAPEL DEL PADRE EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL POSPARTO: PERCEPCIONES DE LOS PADRES

El período de transición a la crianza de los hijos requiere una serie de adaptaciones por parte de los futuros padres, destacando la trayectoria masculina que juega un papel importante en el embarazo, el parto y el posparto.

El presente estudio surge de la necesidad de analizar el papel de la pareja en el proceso de embarazo, parto y posparto y de comprender cómo el hombre experimenta y se involucra en este nuevo rol.

Este es un estudio cualitativo en el que una muestra estratificada de diez futuros padres intentó comprender cómo los padres experimentan la adaptación a la crianza de los hijos, analizar sus percepciones del embarazo, el parto y el posparto, así como estudiar los beneficios de la crianza. su participación en el embarazo y el ciclo puerperal;

El método de recopilación de datos utilizado fue una entrevista semiestructurada, que se sometió a un estudio piloto antes de su aplicación. Posteriormente se construyó una guía de entrevista de doce preguntas, organizada de acuerdo con la revisión de la literatura.

Los resultados revelaron el importante papel del padre tanto durante el embarazo como durante el parto y el posparto. Los resultados se interpretaron a la luz de la literatura revisada corroborada y sugieren implicaciones en el área de la salud materna, refiriéndose a otros estudios en profundidad.

Palabras clave: Crianza, rol, embarazo, parto, posparto.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um ciclo de estruturação e crescimento cujo início ocorre com o processo de fecundação e dá-se por concluído com o nascimento do bebê, que exige da futura mãe/casal um esforço de adaptação e reajustamento a nível biológico, psicológico e social. A gestação funciona para os pais como um estágio em que são preparados para os seus novos e exigentes papéis. Brazelton (1988) refere a este respeito que os pais nesta fase constroem sentimentos e fantasias, revêm a sua infância e os seus pais, assim como emergem as preocupações inerentes à transição para a parentalidade.

A postura masculina relativamente à parentalidade difere bastante da feminina, uma vez que a mulher possui a capacidade de sentir os movimentos do seu filho dentro de si, assim como ajudá-lo no seu nascimento e amamentá-lo. Como tal existem autores que referem que o vínculo entre pai e filho demora mais tempo a concretizar-se, construindo-se gradualmente ao longo tempo à medida que a criança se desenvolve (Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger e Pratt, 2000). É essencialmente um vínculo indireto, mediado pela mãe.

O presente estudo tem como objetivo analisar a percepção dos futuros pais sobre a gravidez, parto e pós-parto e intitula-se “O papel do pai na gravidez, parto e pós-parto: percepções paternas”. Os objetivos são os seguintes:

- Identificar de que forma os pais vivenciam a adaptação à paternidade;
- Analisar as percepções dos pais relativamente à gravidez, parto e pós-parto;
- Estudar os benefícios da participação do pai no ciclo gravídico e puerperal;

Pretende-se assim, contribuir para o esclarecimento desta temática, considerando que enquanto a realidade apresenta questões para resolver, a ciência proporciona uma grelha de análise global que permite a clarificação dessas questões. A investigação em Enfermagem deve ter em vista, estabelecer a conexão entre ilações provenientes das teorias científicas e os problemas surgidos no real, identificando e explicando

esses problemas segundo estudos científicos, contribuindo posteriormente para implicações na prática de enfermagem melhorando a qualidade dos serviços prestados. Espera-se então com este estudo, contribuir para a criação de novos saberes, que, pensa-se serem cruciais numa profissão cujo objetivo fulcral é melhorar cada vez mais a prestação de cuidados àquele que mais necessita.

Enquadramento Teórico

Nas últimas décadas tem-se vindo a assistir a um envolvimento cada vez mais profundo dos homens na gravidez, sendo que participam no seu acompanhamento desde o diagnóstico da gravidez, até às consultas médicas e cursos de preparação para a parentalidade com especial participação no momento do parto, onde dão apoio e compreensão à parturiente e ajudam em atividades de relaxamento como a respiração.

Relativamente ao envolvimento paterno na gravidez Parke (1996) defende que os pais passam por mudanças similares às das companheiras grávidas. Integrado nestas aparece a síndrome de Couvade em que os pais experimentam os mesmos sintomas físicos e psicológicos semelhantes aos manifestados pela grávida, devido a causas psicossomáticas. Os sintomas podem ir desde náuseas e enjoos, assim como caibras, sensibilidade ou irritabilidade exageradas tendo sido também já relatados casos de aumento de peso. Vários estudos realizados sobre esta síndrome documentam que cerca de cinquenta por cento dos pais acabam por manifestar pelo menos dez por cento dos sintomas, sendo os homens mais afetados aqueles que foram adotados ou que pertenciam a casais com maior desejo em concretizar o sonho de ter um filho. De Martini (1999) realizou um estudo em 30 futuros pais e verificou que cerca de metade apresentavam este tipo de síndrome.

Piccinini et al (2004) assim como May (1982) referem que o envolvimento paterno pode variar ao longo da gravidez de acordo com as características de cada pai, e acrescentam que o envolvimento emocional é constituído por três fases: a primeira destas compreende o período desde a suspeita da gravidez até a sua confirmação, quando os pais podem experimentar reacções de desconforto, stresse e ambivalência. Na segunda

fase, os pais ainda não sentem a gestação como uma realidade, uma vez que os sinais físicos não são evidentes, fazendo com que a distância emocional seja a característica mais marcante neste período. Na última fase, geralmente no terceiro trimestre de gravidez os homens vivenciam a gestação como algo real, sentindo-se mais integrados no ciclo gravídico à medida que a gravidez progride. Na mesma linha de pensamento Carvalho (2005:15) refere que o homem tem vindo a romper “conceitos antigos do pai autoritário e cria a imagem de um pai participativo passando a ocupar uma posição ativa na gravidez de sua mulher, dividindo com ela as preocupações com a gestação como também acompanha e participa do nascimento de seu filho”. O papel do pai na gravidez passa então através da sua participação em atividades relativas à gravidez desde a sua vigilância assim até à sua integração nos preparativos para o nascimento assim como na tranquilização e apoio emocional da companheira.

Da mesma forma que o papel do homem tem-se vindo a afigurar importante na gravidez, também no parto o homem desempenha uma figura essencial.

Se há alguns anos, a prestação de cuidados à parturiente assentava num modelo em que a mulher se via entregue a si própria e submissa às equipas médicas e de enfermagem, num ambiente que lhe era completamente desconhecido e gerador de dúvidas e incertezas (Kitzinger, 1995), atualmente a realidade já é outra que contempla a participação do pai. Esta vertente de encarar o parto, tornava a mulher como um ser passivo, submergida em rotinas hospitalares, com um desrespeito profundo pelo modelo biopsicossocial, em que a pessoa é encarada de forma holística. Na tentativa de contrariar esta tendência foram surgindo defensores da humanização do parto. A organização mundial de saúde em 1996, criou um documento de referência ao parto normal, onde se incluiu a participação e encoraja a participação do pai (Lei nº14/85 de 6 de Julho).

O pai desempenha um apoio fundamental, constituindo uma base de apoio e de segurança para a parturiente ao mesmo tempo que reforça a identidade do homem e reduz a sensação de estar a ser excluído. Na mesma linha de pensamento

Carvalho (2003:394) refere que “tanto a maternidade como a paternidade são beneficiadas, facilitando a solidariedade e compartilhamento de emoções profundas no nascimento da criança, o que pode contribuir para a construção de relações mais igualitárias entre homens e mulheres”. Oliveira e Brito (2006:4) acrescentam ainda que “a participação dos pais no nascimento traz o núcleo familiar para o ambiente institucional, constituindo um desafio e possibilidade de construção de uma assistência atenta à qualidade do nascimento das crianças. O homem deseja compartilhar o nascimento do filho para poder sentir a emoção de ser pai e permanecer com sua parceira. Entretanto, essa vontade nem sempre é concretizada devido às inúmeras desigualdades institucionais e de conduta profissional, tornando-se cada vez mais imprescindível advogar a presença do homem como uma necessidade e prioridade para o bem-estar do casal e da família”.

A nível do pós-parto o pai também desempenha um papel primordial. Tal como refere Oliveira e Brito (2006:2) “a ajuda paterna nos cuidados com a criança proporciona uma interação precoce e mais intensa entre pai e bebé, o que favorece o crescimento saudável da criança, além de transmitir segurança à companheira, pois ajuda-a, indiretamente, a sentir-se mais amorosa e dedicada ao seu filho”.

Após o nascimento, o pai percebe as primeiras dez semanas de paternidade da mesma forma que a mãe, sendo um período caracterizado pela incerteza, pelo aumento de responsabilidades, pela interrupção do sono e pela incapacidade de controlar o tempo necessário para prestar cuidados ao recém-nascido (Oliveira e Brito; 2006). O período puerperal é por si só um fator de desequilíbrio da relação conjugal na medida em que a atenção da puérpera está focada na criança, que lhe consome muito tempo quer na prática de amamentação quer na solicitação excessiva do recém-nascido. A atividade sexual neste período também diminui quer pela falta de motivação da mulher quer pelo esgotamento da companheira provocado pelos cuidados à casa e à criança, principalmente quando não há partilha

de tarefas. A este respeito, as mesmas autoras (2006:5) referem que “mostrar-se disponível, seja para ajudar ativamente a cuidar do bebé ou apenas ouvir a sua companheira, é a atitude favorável à prevenção do desgaste psicológico da mulher, ao desenvolvimento do vínculo e ao exercício da paternidade”.

Também a nível da prevenção do aparecimento da depressão pós-parto, o papel do pai é fundamental. Ó Hara (1992) verificou um fraco ajustamento matrimonial em puérperas que desenvolveram depressão quando comparadas com puérperas não deprimidas, defendendo que um relacionamento social pobre com o companheiro predis põe a mulher ao desenvolvimento desta perturbação. A qualidade da relação do casal, principalmente em primíparas condiciona a forma da puérpera se ajustar às mudanças trazidas pela maternidade, sendo que a falta de relações íntimas, de apoio e de confiança conduzem ao aparecimento da depressão. Também Figueiredo (1997-a), refere que estudos com mães solteiras evidenciam maior risco de desenvolvimento de depressão pós-parto, devido à falta de apoio de um companheiro na gravidez, parto e pós-parto. O’Hara (1992) demonstrou nos seus estudos que, as mulheres com depressão pós parto referem com significativa frequência sentirem-se pouco apoiadas pelo cônjuge e manifestarem-se pouco satisfeitas com o relacionamento conjugal que têm.

Metodologia

No âmbito da metodologia utilizada, passam a referir-se os sujeitos da amostra envolvida no presente estudo, bem como o instrumento utilizado e os procedimentos havidos.

Através de um estudo qualitativo, procurou-se analisar, numa amostra de 10 futuros pais, de que forma os pais vivenciam a adaptação à paternidade, analisar as suas percepções relativamente à gravidez, parto e pós-parto e de certa forma comprovar os benefícios da participação do pai no ciclo gravídico e puerperal;

Todos os pais foram informados do tipo de estudo, dos objetivos do mesmo e do carácter voluntário da sua participação. Todos

se mostraram disponíveis e colaboradores e autorizaram a gravação em suporte digital. Tentou-se que as entrevistas decorressem num clima de confiança e à vontade. Tratando-se de entrevistas semiestruturadas procurou-se centrar o seu desenvolvimento, nos aspetos incluídos no guião. A população em estudo foi constituída por 10 homens, pais de primeira vez, com idades compreendidas entre os 25 e 40 anos.

RESULTADOS

Feita a categorização temática, sobressaiu uma área temática previamente definida e as respetivas categorias definidas à posteriori: percepções paternas do papel do pai na gravidez, parto e pós-parto.

Tendo por base o suporte teórico e a metodologia proposta a utilizar, procedeu-se à reanálise e reinterpretção dos discursos de onde emergiram as unidades de registo e as unidades de contexto.

Para as percepções paternas do papel do pai no ciclo gravídico-puerperal obteve-se como unidades de registo: Gravidez, Parto e Pós-parto.

A maioria dos entrevistados (mais de 50%) referiu ter dado apoio à sua companheira na gravidez através da ida a consultas pré-natais (E2, E3, E5, E7, E8, E10), cursos de preparação para a parentalidade (E2, E3, E5, E8, E9, E10), apoio nos desconfortos próprios da gravidez (E2, E3, E5, E7; E8, E10), assim como participar na preparação para o nascimento (E1, E2, E3, E5, E7, E8, E10). A nível das dificuldades sentidas neste período os entrevistados referiram alguma complexidade em compreender os sentimentos das companheiras (E4; E7; E10) e sentirem-se por vezes excluídos num projeto que também lhe pertencia (E1, E3, E7, E9). As principais alterações que realizariam se voltassem a passar pelo mesmo período seriam o estar mais tempo com a companheira (E1, E3, E4, E7, E10), aprofundarem mais os conhecimentos sobre a gravidez e parto (livros, programas, frequência de cursos de preparação para a parentalidade) (E4, E6, E7).

Relativamente ao parto, constatou-se que a maioria dos entrevistados deu apoio à sua companheira durante o parto (E1, E2, E5, E7, E8, E10), através de apoio na respiração (E2, E3, E5,

Quadro 1: Guião de entrevista

Bloco de assuntos	Objetivos	Questões
I Legitimação da entrevista	<i>Legitimar a entrevista</i> <i>Motivar o entrevistado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar a disponibilidade do entrevistado para participar na pesquisa • Informar sobre o tema e objetivos da pesquisa • Garantir a confidencialidade • Solicitar autorização para gravar a entrevista • Poderá interromper quando desejar
II Breve caracterização das participantes no estudo	<i>Obter dados sociodemográficos das puérperas</i>	Recolher informação sobre <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Habilitações Literárias • Profissão
III Perceções paternas do papel do pai na gravidez, parto e pós-parto	Identificar de que forma os pais vivenciam a adaptação à paternidade; Analisar as perceções dos pais relativamente à gravidez, parto e pós-parto; Estudar os benefícios da participação do pai no ciclo gravídico e puerperal;	1.Gravidez 1.1. De que forma tem apoiado a gravidez da sua companheira? 1.2. Quais as maiores dificuldades que sentiu durante a gravidez da sua companheira? 1.3. Que sentiu durante a gravidez da sua companheira? 1.4. Existe algum aspeto que alterasse se passasse pelo mesmo período novamente? 2. Parto 2.1. De que forma apoiou a sua companheira no parto? 2.2. Quais as maiores dificuldades que sentiu durante o nascimento do seu filho? 2.3. Que sentiu durante o nascimento? 2.4. Existe algum aspeto que alterasse se passasse pela mesma experiência novamente? 3.Pós-Parto 3.1. De que forma tem apoiado a sua companheira após o nascimento? 3.2. Quais as maiores dificuldades que sentiu após o nascimento do seu filho? 3.3. Que sentiu durante o pós-parto da sua companheira? 3.4. Existe algum aspeto que alterasse se passasse pelo mesmo período novamente?

E8, E9, E10), de transmitir confiança e segurança (E2, E3, E5, E8, E9, E10), de tranquilizar a companheira (E2, E5, E6). Alguns entrevistados referiram ainda que se tinham sentido úteis neste momento no sentido em que ajudaram o filho a nascer (E1, E4, E5, E9). As maiores dificuldades sentidas resumem-se ao receio de acontecer algo inesperado à sua companheira e ao seu filho (E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9), ao assistir ao parto eutócico/distócico (E5, E7, E10) ou à reanimação do recém-nascido (E5, E6, E7, E8, E10). Três dos entrevistados também referiram que a maior dificuldade foi desconstruir a convicção de que

não eram capazes de assistir ao nascimento do filho (E5, E6, E7, E10).

Os sentimentos mais vivenciados neste momento foram o receio (E5, E6, E7, E10), a alegria (E1, E3, E5), o entusiasmo (E2, E8), a partilha de emoções (E1, E2, E6, E8), o amor (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10), o carinho (E9), a felicidade (E1, E2, E6, E8, E9), demonstrando que o parto constitui o momento mais importante para o homem e que é nele que ele considera o filho como real e percebe a paternidade e consolida o papel de pai. Relativamente aos aspetos que os entrevistados alterariam se voltassem a passar

por este momento novamente, a maioria dos entrevistados referiu o corte do cordão umbilical que não lhe foi permitido quer por partos distócicos quer por esquecimento/não estar informado, quer por normas e rotinas hospitalares (E5, E6, E7, E10).

No pós-parto, constatou-se que a maioria dos pais não apoia a companheira em tarefas domésticas mas auxilia na prestação de cuidados ao recém-nascido (E1, E3, E4, E7, E10). Os recentes pais nesta altura consideram prioritário satisfazer as exigências do recém-nascido. A falta de apoio foi também referenciada pela necessidade de retomar a atividade profissional (E6, E7, E9; E10). Mais de metade dos entrevistados relatou que sentiram mais necessidade de ajudar a companheira nas primeiras semanas após o nascimento e que esta necessidade foi diminuindo gradualmente (E1, E2, E5, E7, E8, E10). No que concerne às principais dificuldades no pós-parto, os pais referiram a falta de descanso durante a noite (E1, E6, E9), a dificuldade em não compreender o choro do bebé (E2, E3, E8) e a alteração abrupta das rotinas e hábitos de vida (E4, E5, E7). O stresse vivenciado pela companheira também foi considerado como uma dificuldade sentida no pós-parto (E10). Muitos dos entrevistados referiram sentirem-se excluídos neste período, pela atenção da companheira para com o bebé, assim como incapazes e com pouca habilidade de prestar cuidados aos seus filhos uma vez que as suas ações eram constantemente mediadas por ações de outros familiares, afastando-os de experiências importantes da paternidade (E1, E4, E5, E7, E10). Referiram ainda que sentiam que a sua presença era dispensável naquele momento. Foi também relatado uma maior proximidade física, afetiva e emocional para com a companheira, apesar destas estarem mais focadas nos cuidados ao bebé e na amamentação e com menos apetência para o relacionamento sexual (E4, E7, E9, E10).

Quando questionados sobre aspetos que alterariam nesta fase, a maioria dos pais considera que o pós-parto não constitui uma fase problemática e como tal a maioria dos entrevistados não referiu alterar nada após o nascimento (E1, E2, E4, E5, E6, E9, E10). Apenas dois dos entrevistados

referiram a importância do apoio contínuo à companheira para evitar distúrbios depressivos (E3, E8). Constata-se então que sendo o parto o período com maior importância para o pai, o pós-parto constitui sem dúvida aquele que é mais descurado sob o ponto de vista do homem.

CONCLUSÕES

Após o percurso até aqui efetuado poder-se-á partir para uma análise mais pormenorizada das partes que delinearão esta investigação, revelando as conclusões que dela emergiram. Após a revisão da literatura foi criada uma grelha de análise que apresentasse pormenorizadamente as dimensões, os componentes e indicadores para cada conceito. A partir daqui, constituiu-se o modelo conceptual, que permitiu estabelecer uma relação entre os dois conceitos, que posteriormente evoluiu para o guião da entrevista.

Tendo em consideração a análise de conteúdo das entrevistas efetuadas, foi possível verificar a importância do papel do homem na gravidez, parto e pós-parto sendo que a maioria dos entrevistados concordou com esta relação. Estes resultados vão no sentido do esperado e aproximam-se de elementos da literatura revista (Oliveira e Brito, 2006; Carvalho, 2005; Parke, 1996).

Todos os entrevistados percecionam o parto como o acontecimento mais importante no ciclo gravídico-puerperal. O período da gravidez é considerado como uma fase de média importância e por último surge o pós-parto em que os pais consideram a companheira mais capacitada e mais responsável na prestação de cuidados ao filho.

Em posteriores estudos, poder-se-iam retomar aspetos com vista a um maior aprofundamento dos resultados e da sua interpretação, quer no âmbito dos instrumentos utilizados quer numa ampliação da amostra dos sujeitos estudados. A natureza da relação entre a personalidade paterna e sucesso da amamentação poderia ser um dos aspetos a retomar, bem como a realização de análises dos resultados em função de novas variáveis, quer do sujeito quer do contexto profissional ou familiar dos sujeitos.

No culminar desta tarefa, árdua mas muito desafiante, está-se consciente que as conclusões

permitidas por esta investigação não constituem a clarificação total desta problemática, nem tão pouco constituem o culminar de um processo; são, bem antes, um manancial importante de informação que poderá servir para a formulação de novas questões de estudo, com um assumir de novos desafios de investigação em Enfermagem, Psicologia e Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAZELTON, T. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- CARVALHO, J. Nascimento de um filho: o significado para o pai. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005. Dissertação de Mestrado.
- DE MARTINI, T. (1999). A transição para a parentalidade: Expectativas, sentimentos e síndrome de couvade dos futuros pais ao longo da gestação. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- DELMORE-KO, P., PANCER, S. M., HUNSBERGER, B. & PRATT, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14, 625-640.
- FIGUEIREDO, B. (1997-a) - Depressão pós Parto, interacção mãe-bébé e desenvolvimento infantil. Dissertação de doutoramento: Braga: Universidade do Minho.
- GARCÊS, M. (2011) Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto.
- KITZINGER, Sheila - A experiência do parto. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.
- OLIVEIR, E., BRITO, R. (2006) Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300020.
- May, K. A. (1982). Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, 31, 337-342.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1996). *Maternidade Segura, Assistência ao parto normal: um guia prático*, OMS/SRF/MSM.
- O'HARA, M. (1992) - Postpartum depression: a comprehensive review. In Brockington, I., & Kumar, R. (Eds.). *Motherhood and mental illness*. London: Academic Press.
- PARKE, R. D. (1996). *Fatherhood*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- PICCININI, C. A., TUDGE, J., LOPES, R. S. & SPERB, T. M. (1998). Estudo longitudinal de Porto Alegre: Da gestação à escola. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, UFRGS. (Projeto de pesquisa).
- PICCININI, C., SILVA, M., TONANTZIN, G., LOPES, R. (2004) O Envolvimento paterno durante a gestação, *Psicologia; Reflexão e Crítica*, 17 (3), 303-314.

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 10€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

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

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

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

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

A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 10€.

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.