



# Revista

## INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº31 SÉRIE 2 - MAIO 2020

### SUMÁRIO / SUMMARY

#### EDITORIAL

7

**GESTÃO DA DISPNEIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS**  
*BREATHLESSNESS MANAGEMENT IN PALLIATIVE CARE: PHARMACOLOGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE*

**MANEJO DE LA DISNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS: INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA**

*Rute Severino*

9

**VIVÊNCIAS DE PESSOAS SUBMETIDAS A AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR POR OSTEÍTES**

*EXPERIENCES OF PEOPLE SUBMITTED TO LOWER LIMB AMPUTATION DUE TO OSTEITIS*

**EXPERIENCIAS DE PERSONAS SOMETIDAS A AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES DEBIDO A OSTEÍTIS**

*Anabela da Conceição Ribeiro Alegre; Arménio Guardado Cruz*

25

**PERCEÇÃO DOS CUIDADORES ACERCA DA INTERVENÇÃO DA EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA EM AGONIA**

*CAREGIVER'S PERCEPTION ABOUT THE COMMUNITY SUPPORT TEAM'S INTERVENTION IN PALLIATIVE CARE TO THE PERSON IN AGONY*  
**PERCEPCIÓN DE LA CARRERA SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE APOYO COMUNITARIO EN LA ATENCIÓN PALIATIVA A LA PERSONA EN AGONÍA**

*Ana Fernandes; Manuela Cerqueira*

37

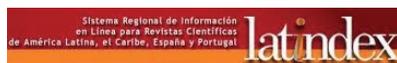
**STRESSE E/OU ANSIEDADE NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM QUE INGRESSAM O PRIMEIRO ENSINO CLÍNICO**

*STRESS AND/OR ANXIETY IN NURSING STUDENTS DURING THE FIRST CLINICAL INTERNSHIP*

**ESTRÉS Y/O ANSIEDAD EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA QUE INGRESAN EN LAS PRIMERAS PRÁCTICAS CLÍNICAS**

*Inês Fernandes Fragoso; Inês Barata Tavares; José Carlos Santos*

53



# Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

## REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

### DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

*Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

### CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Internet** - [www.sinaisvitais.pt/](http://www.sinaisvitais.pt/) **E-mail** - [suporte@sinaisvitais.pt](mailto: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

---

A pandemia que atualmente vivemos tem apelado à resiliência de cada um na sua individualidade, mas também ao nível familiar, profissional e social. Tida como uma ameaça à saúde pública privilegiaram-se, numa primeira fase, as questões mais ligadas a uma abordagem física do fenómeno. Depressa se percebeu que, com o prolongar da crise, as questões emergentes seriam de saúde mental. O isolamento, a partilha de espaços limitados em confinamento, o medo de ser infetado e/ou de infetar outros (familiares ou outros elementos da rede social), as perdas (quer de funções, papéis ou pessoas próximas), uma informação, muitas vezes, pouco rigorosa centrada no sensacionalismo, escândalo ou catastrofização iriam contribuir para diminuir o bem-estar de todos.

Sendo exetável que todos sejamos afetados no nosso bem-estar, inclusive com algum sofrimento mental, apenas uma minoria, espera-se, terá doença mental. Os estudos de coorte feitos apontam, na sua maioria, para o aumento de transtornos da ansiedade e sintomatologia depressiva, sendo os grupos mais vulneráveis os profissionais de saúde, os idosos, as vítimas de violência doméstica e as pessoas já anteriormente diagnosticadas com doença mental. Mas, começam a emergir, fruto da crise socioeconómica decorrente, os desempregados e as pessoas que viram os seus rendimentos diminuídos. Sabemos, por experiências anteriores, que as crises socioeconómicas aumentam desigualdades e a pobreza, determinantes sociais importantíssimos para a doença mental. Esse conhecimento prévio exorta a que, pela saúde mental, se promovam políticas globais, multissetoriais, com uma forte componente social.

Alguns desafios se colocam à saúde mental nesta fase. Talvez o mais exigente seja não diminuir a acessibilidade aos cuidados em tempo útil quando “todos” os recursos parecem estar mobilizados em torno dos aspetos físicos da doença. Outro diz respeito à reformulação do contacto e/ou relação. As plataformas digitais podem ser uma ajuda complementar, mas não serão, certamente, a panaceia para o problema. O toque, o olhar global, a interpretação do não dito, a partilha de um espaço terapêutico, continuam a ser instrumentos fundamentais essenciais numa relação terapêutica. Outros desafios prendem-se com a mobilização / valorização da rede de suporte quando o contacto é limitado por razões de saúde pública. Como podemos fomentar a confiança no futuro, quando as mensagens públicas apelam mais a um clima de incerteza, pessimismo e medo que o contrário?

A investigação tem contribuído caracterizando a situação através de estudos de coorte, que nos permitiu caracterizar o primeiro impacto do processo de ajustamento a esta pandemia mas, necessitamos de uma resposta mais completa, que permita conhecer melhor o processo de adaptação. Urgem estudos multidisciplinares, longitudinais, centrados nos processos vivenciados por pessoas afetadas. Recentemente, um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde

mental (Holmes et al, 2020) identificou a necessidade de perceber como podemos diminuir as consequências para a saúde mental de grupos vulneráveis e o impacto do consumo repetido de notícias em torno da infeção. Elencou como prioridades o estudo de algumas populações (crianças, adolescentes, famílias, idosos, pessoas com diagnósticos de doença mental prévios, profissionais de saúde, grupos socialmente excluídos, pessoas com baixos rendimentos e/ou insegurança laboral), através de indicadores como a ansiedade, depressão, comportamentos auto-lesivos e suicídio, e o estudo das implicações do vírus ao nível das neurociências. Defendem a harmonização dos dados e instrumentos de medida, trabalho interdisciplinar e coordenações nacionais, sempre que possível, com dimensão internacional.

Talvez enquanto não tivermos resultados mais robustos, a humildade científica e a serenidade, nos levem a ser prudentes na avaliação das implicações da crise que vivenciamos.

**José Carlos Santos**

PhD, Prof<sup>o</sup> Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
Conselho Científico, RIE

# GESTÃO DA DISPNEIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS

Rute Severino<sup>(1)</sup>



## Resumo

**Introdução:** A dispneia é um dos sintomas mais frequentes e angustiantes nas pessoas com doença avançada, quer oncológica, quer não-oncológica.  
**Objetivo:** Conhecer o estado atual do conhecimento sobre as principais intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes no alívio da dispneia em Cuidados Paliativos.  
**Método:** revisão integrativa da literatura. Através do método de revisão PICO formulou-se a questão de investigação: “Quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes no alívio da dispneia na pessoa adulta com doença avançada, evolutiva e incurável?” Recorreu-se às bases de dados CINAHL e MEDLINE, através da plataforma EBSCOhost e foram selecionados artigos com os critérios de inclusão: dispneia, cuidados paliativos, fim de vida, intervenções farmacológicas, intervenções não farmacológicas e enfermagem, tendo sido eliminados os artigos sem pertinência do tema, repetidos e que não cumpriam pelo menos dois critérios de inclusão.  
**Resultados:** O controlo da dispneia passa por tratar as causas reversíveis e promover o alívio sintomático. Os opióides são a base do tratamento farmacológico, quer usados isoladamente, quer em conjunto com uma benzodiazepina ou inaladores. A oxigenoterapia apenas é útil na dispneia associada à hipoxemia. As principais intervenções não farmacológicas incluem estimulação elétrica neuromuscular, vibração da parede torácica, reabilitação pulmonar, treino da respiração, uso de ventoinha dirigida ao rosto e adjuvantes da deambulação, adequado posicionamento e conservação de energia. A educação e apoio psicossocial à pessoa e cuidador/família são fundamentais na abordagem multidisciplinar da dispneia.  
**Conclusão:** A dispneia é um sintoma difícil de gerir em Cuidados Paliativos dada a sua complexidade e etiologia multifatorial. O sucesso no controlo da dispneia implica a integração de intervenções farmacológicas e não farmacológicas que devem ser utilizadas de modo personalizado.  
**Descritores:** dispneia, cuidados paliativos, intervenções farmacológicas, não farmacológicas e enfermagem.

## Abstract

**BREATHLESSNESS MANAGEMENT IN PALLIATIVE CARE: PHARMACOLOGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE**  
**Introduction:** Breathlessness is one of the most frequent and distressing symptoms in people with advanced disease, whether oncology or not.  
**Objective:** To know the current state of knowledge about the main pharmacological and non-pharmacological interventions that are effective in relieving breathlessness in palliative care.  
**Method:** Integrative review. Through the PICO revision method, it was defined the question of investigation: “What are the main pharmacological and non-pharmacological interventions to manage dyspnea in adults with advanced and incurable disease? The CINAHL and MEDLINE databases were used through the EBSCOhost platform and articles were selected with the inclusion criteria: dyspnoea, palliative care, end of life, pharmacological interventions, non-pharmacological interventions and nursing. The articles without relevance to the theme, repeated and those that did not meet at least two inclusion criteria were excluded.  
**Results:** Breathlessness management includes treating reversible causes and promoting symptomatic relief. Opioids are the criterion standard of pharmacological management, whether used alone or with benzodiazepine or inhalers. Oxygen therapy is only useful in breathlessness associated with hypoxaemia. Non-pharmacological interventions embrace neuroelectrical muscle stimulation, chest wall vibration, pulmonary rehabilitation, breathing training, use of a fan at the face and use of walking aids, positioning and energy conservation. Education and carer support/support for the family are essential in global management of breathlessness.  
**Conclusion:** Breathlessness is a difficult symptom to manage in Palliative Care given its complexity and multifactorial aetiology. Global management of breathlessness should include both pharmacological and non-pharmacological strategies used taking into consideration the particular case.  
**Descriptors:** breathlessness, dyspnea, palliative care, pharmacological and non-pharmacological interventions, management and nursing.

## Resumen

**MANEJO DE LA DISNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS: INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA**  
**Introducción:** La disnea es uno de los síntomas más frecuentes y angustiantes en personas con enfermedad avanzada, ya sea oncológica o no.  
**Objetivo:** Conocer el estado actual del conocimiento sobre las principales intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que son efectivas para aliviar la disnea en los cuidados paliativos.  
**Método:** revisión integrativa de la literatura. A través del método de revisión PICO, se formuló la cuestión de la investigación: “¿Qué intervenciones farmacológicas y no farmacológicas son efectivas para aliviar la disnea en adultos con enfermedad avanzada, evolutiva e incurable?” Se utilizaron las bases de datos CINAHL y MEDLINE a través de la plataforma EBSCOhost y los artículos fueron seleccionados con los criterios de inclusión: disnea, cuidados paliativos, fin de la vida, intervenciones farmacológicas e enfermería. Fueron excluidos los artículos sin relevancia del tema, repetidos y que no cumplieron al menos con dos criterios de inclusión.  
**Resultados:** El manejo de la disnea incluye el tratamiento de causas reversibles y la promoción del alivio sintomático. Los opioides son la base del tratamiento farmacológico ya sea que se usen solos o con benzodiazepina o inhaladores. La terapia de oxígeno solo es útil en la disnea asociada con la hipoxemia. Las intervenciones no farmacológicas abarcan la estimulación muscular neuroelectrical, vibración de la pared torácica, rehabilitación pulmonar, entrenamiento de la respiración, uso de un ventilador en la cara y ayudas para caminar, posicionamiento y conservación de energía. La educación y apoyo psicossocial a la persona y al cuidador / familia son fundamentales en el manejo multidisciplinario de la disnea.  
**Conclusión:** La disnea es un síntoma difícil de manejar en cuidados paliativos dada su complejidad y etiología multifactorial. El éxito en el control de la disnea implica la integración de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que deben usarse de manera personalizada.  
**Descritores:** disnea, cuidados paliativos, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, enfermería.

Submetido em Março 2020. Aceite para publicação em Abril 2020

<sup>(1)</sup> Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Serviço de Hematologia Clínica; ruteseverino@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A dispneia é uma experiência subjetiva de desconforto respiratório frequentemente descrita como sufocante, asfixia ou sensação de que “o ar não chega”<sup>(1,2,3,4,5)</sup>. A dispneia e a falta de ar geralmente são utilizadas de forma intercambiável, contudo falta de ar é a expressão mais usada pelas pessoas afetadas<sup>(6)</sup> enquanto dispneia designa o conceito médico e concentra-se no sintoma de uma condição clínica subjacente<sup>(7)</sup>. A definição mais utilizada de dispneia é a da *American Thoracic Society* (ATS) que a define como experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas, variáveis na sua intensidade e que resultam da interação entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais, podendo induzir respostas secundárias de nível fisiológico ou comportamental<sup>(1,2,3,6,8)</sup>. A dificuldade respiratória varia em intensidade e pode não estar associada a dados objetivos como a hipoxemia ou a alteração da frequência respiratória (taquipneia ou bradipneia)<sup>(4)</sup>.

A dispneia é um sintoma frequente nas pessoas com doença avançada, quer oncológica<sup>(1,2,3,7)</sup> (com ou sem envolvimento pulmonar),<sup>(1)</sup> quer não-oncológica afetando sobretudo as pessoas com doença crónica pulmonar, insuficiência cardíaca e doença do neurónio motor<sup>(1,2,3,7)</sup>. O seu início é geralmente insidioso<sup>(9)</sup> e pode surgir em qualquer fase da doença<sup>(1,3)</sup>. A intensidade da dispneia varia ao longo da trajetória da doença subjacente e geralmente agrava na fase final de vida<sup>(1,2,3,4)</sup> afetando 78% das pessoas com cancro do pulmão, 88% daquelas com insuficiência cardíaca congestiva e 95% das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) na fase final de vida<sup>(2)</sup>.

Progressivamente debilitante, a dispneia está associada à perda gradual de independência porém não pode apenas ser entendida como um processo fisiológico uma vez que é influenciada por crenças, emoções, valores e experiências anteriores<sup>(5)</sup>. Na verdade, a dispneia é um sintoma complexo

e multidimensional pelo que à semelhança da dor, podemos falar de “dispneia total” em que há uma interação dos domínios fisiológico, psicológico, social e espiritual, constituindo o modelo biopsicossocial e espiritual da Dispneia Total<sup>(1,2,4,6,10)</sup>. Cerca de 60% das pessoas com cancro do pulmão descrevem a dispneia como “*muito angustiante*”<sup>(2,6)</sup> e em situações severas, as pessoas relatam um medo intenso de acordar com falta de ar, sensações de morte iminente e medo de morrer durante a próxima crise<sup>(1)</sup>.

A dispneia é causa importante de sofrimento e de prejuízo significativo na qualidade de vida da pessoa e cuidador/família afetados e está frequentemente associada a ansiedade, medo, depressão, desesperança e isolamento social<sup>(1,2,4,5,6,7,9,10,11,12)</sup>.

A dispneia deve ser considerada uma potencial emergência em Cuidados Paliativos, uma vez que pode colocar a vida em risco e/ou comprometer significativamente a qualidade de vida<sup>(1)</sup>. Este sintoma constitui uma causa relevante de admissão hospitalar no último ano de vida<sup>(6)</sup>. A dispneia afeta até 70% das pessoas nas últimas seis semanas de vida<sup>(13)</sup> e envolve sofrimento físico e emocional<sup>(4,6,8,11,12)</sup> sendo considerada pelos familiares como o sintoma mais angustiante e desestabilizador, podendo resultar em luto complicado<sup>(8)</sup>.

Apesar da sua relevância, este sintoma é muitas vezes sub-diagnosticado e inadequadamente tratado. Considerada como inevitável no decurso da progressão de doença, a dispneia é muitas vezes desvalorizada pelas próprias pessoas que negligenciam a dificuldade respiratória sentida e pelos profissionais de saúde que não consideram relevantes as queixas da pessoa<sup>(3)</sup>.

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2005) refere que “os *Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida*”, salientando que têm como componentes essenciais: “*o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante*

*o luto e a interdisciplinaridade*”. Considerados como um direito humano inalienável pela Carta de Praga, os Cuidados Paliativos são considerados uma “*estratégia de intervenção prioritária*” conforme o Programa Nacional de Cuidados Paliativos <sup>(14)</sup>.

## OBJETIVO

Dado que a dispneia é um sintoma frequente em Cuidados Paliativos, geradora de sofrimento e com prejuízo significativo na qualidade de vida, torna-se fundamental o diagnóstico e intervenção no sentido de dar resposta às múltiplas necessidades afetadas da pessoa e cuidador/família e ir de encontro ao objetivo dos Cuidados Paliativos que como refere a DGS (2005) é a salvaguarda da “*melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família*”. Partindo deste pressuposto foi formulada a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes no alívio da dispneia na pessoa adulta com doença avançada, evolutiva e incurável?” Nesse sentido, o objetivo geral do presente trabalho é conhecer o estado atual do conhecimento sobre as principais intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes no alívio da dispneia em Cuidados Paliativos.

## 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 o rigor na identificação, seleção e análise dos artigos assim como a referenciação e o respeito pelos autores dos artigos incluídos.

### Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, um método de pesquisa utilizado na prática baseada na evidência.

## Procedimentos metodológicos

De acordo com as etapas referentes à revisão integrativa da literatura foi definida na primeira etapa a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes no alívio da dispneia (I) na pessoa adulta com doença avançada, evolutiva e incurável? (P) no contexto de Cuidados Paliativos (Co)?”, tendo por base o acrónimo PICO, derivado de PICO em que **P** (População), **I** (fenómeno de interesse) e **Co** (contexto).

Para responder a esta questão foi feita pesquisa nas bases de dados CINHAl e MEDLINE, através da plataforma EBSCOhost. Para complementar a pesquisa também se recorreu a jornais e endereços eletrónicos de referência como por exemplo, BMJ Journals, SAGE Publishing e Wolters Kluwer. A pesquisa dos artigos teve por base os critérios de inclusão: dispneia, cuidados paliativos, fim de vida, intervenções farmacológicas, intervenções não farmacológicas e enfermagem. Foram incluídos os estudos quantitativos e qualitativos que expressavam o conceito de “Cuidados Paliativos” ou que se centravam no controlo da dispneia numa determinada doença crónica, evolutiva e incurável. 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.

### Extração e análise dos dados

Numa fase inicial de pesquisa após aplicação dos critérios definidos para seleção dos artigos foram selecionados para leitura do *abstract* 16 artigos. A partir desta fase houve uma seleção mais apurada dos artigos, mediante a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Deste modo, após a leitura do *abstract* e de aplicação metódica dos critérios de inclusão e exclusão foram analisados 7 artigos na íntegra: seis revisões de literatura e um artigo

de peritos na área, pesquisados em bases de dados de referência e publicados desde 2011 a 2019 com acesso a texto integral.

A seguir ira proceder-se à análise detalhada de cada artigo em forma de quadro, este contém: título do artigo, autores, ano de publicação, país de origem dos autores, periódico de publicação, tipo de estudo e nível de evidência. A classificação da evidência resulta do nível de estudo que a originou: nível **I** - oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos aleatórios; nível **II** – derivadas de pelo menos um ensaio clínico aleatório bem delineado; nível **III** - obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível **IV** - provenientes de estudos de coorte e de casos-controlado bem delineados; nível **V** - originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível **VI** – derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e nível **VII** - oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comités de especialistas <sup>(15)</sup>.

## RESULTADOS

No quadro 1 são apresentadas as principais características dos 7 artigos analisados.

**Quadro 1:** Síntese dos artigos analisados: título, autores, ano de publicação, país dos autores, periódico de publicação, tipo de estudo e nível de evidência

Título do artigo	Autores, ano, país	Periódico de publicação	Tipo de estudo	Nível de evidência
Dyspnea Management Across the Palliative Care Continuum (1)	Brennan, Caitlin Mazanec, Polly 2011 EUA	Journal of Hospice & Palliative Nursing	Revisão sistemática	Nível de evidência I
Managing breathlessness: a palliative care approach (2)	Chin, Chloe Booth, Sara 2016 Reino Unido	Postgraduate Medical Journal	Revisão sistemática	Nível de evidência I
Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines (4)	Kloke M; Cherny N. Em nome do comité da Sociedade Europeia de Oncologia Médica 2015 Alemanha e Israel	Annals of Oncology	Opinião de peritos da Sociedade Europeia de Oncologia Médica	Nível de Evidencia: VII
Breathlessness in cancer patients - Implications, management and challenges (6)	Thomas, Shirley <i>et al</i> 2011 Reino Unido	European Journal of Oncology Nursing	Revisão sistemática	Nível de evidência I
Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options (10)	Kamal, Arif <i>et al</i> 2012 EUA	Journal of Palliative Medicine	Revisão sistemática	Nível de evidência I
Oxygen Therapy and Aerosolized Morphine to Treat Symptomatic Dyspnea during Palliative and Hospice Comfort Care (11)	Morgan SE. <i>et al</i> 2019 EUA	Palliative Medicine & Care	Mini revisão sistemática	Nível de evidência I
Management of Breathlessness in Palliative Care: Inhalers and Dyspnea - A Literature Review (13)	Senderovich, Helen Yendamuri, Akash 2019 Canadá	Rambam Maimonides Medical Journal	Revisão sistemática	Nível de evidência I

De seguida são apresentados os principais resultados de cada artigo analisado. No sentido de facilitar a recolha e análise de informação e tentando dar resposta à questão de investigação, foi elaborado um quadro em que para cada artigo são apresentadas as principais intervenções farmacológicas e não farmacológicas mediante o nível de evidência que lhe deu origem: evidência moderada a forte e por isso está recomendada a sua utilização e evidência fraca ou dados insuficientes e por

isso o uso não está recomendado.



<p><b>KLOKE M.</b> <b>CHERNY N.</b> (4) <b>(Em nome do comité da Sociedade Europeia de Oncologia Médica)</b></p> <p><b>ALEMANHA e ISRAEL</b> <b>2015</b></p> <p><b>População:</b> Pessoas com cancro</p>	<p><b>Opióides orais e parentéricos</b> Com titulação gradual, são seguros nas pessoas virgens de opióides ou com exposição prévia aos mesmos</p> <p><b>Oxigenioterapia</b> apenas na presença de hipoxemia</p> <p><b>Corticosteróides:</b> uso reservado a: linfangite carcinomatosa, pneumonite por radiação, síndrome de veia cava superior, quando há uma componente inflamatória ou na obstrução das vias aéreas induzida pelo cancro</p> <p><b>Sedação paliativa na dispneia refratária na pessoa em fim de vida</b> associando opióide e benzodiazepina</p> <p>Direccionar o fluxo de ar ao rosto: usar <b>ventoinhas</b>, abrir a janela e arrefecimento do rosto</p> <p><b>Posicionamento adequado</b></p> <p><b>Treino da respiração</b></p> <p><b>Adjuvantes da deambulação</b></p> <p>A <b>Educação</b> da pessoa e cuidador/família é fundamental na gestão eficaz da dispneia.</p>	<p><b>Benzodiazepinas</b> fármacos de segunda linha e apenas devem ser usadas com opióides no tratamento da dispneia associada a transtorno de ansiedade</p> <p><b>Fenotiazinas</b> e <b>antidepressivos</b> têm escassa evidência científica</p> <p><b>Fentanil nebulizado:</b> eficácia não está demonstrada</p> <p><b>Fentanil transmucoso e transdérmico</b> ainda permanece incerto o papel dos opióides administrados nestas vias</p> <p><b>Hidromorfona nebulizada</b></p> <p><b>Morfina nebulizada</b></p> <p><b>Não usar oxigénio paliativo por rotina:</b> as principais desvantagens associadas à oxigenoterapia por óculos nasais são o risco de hemorragia nasal e a dependência psicológica</p>
<p><b>THOMAS, Shirley et al</b> (6) <b>REINO UNIDO</b> <b>2011</b></p> <p><b>População:</b> Pessoas com cancro</p>	<p><b>Opióides orais e parentéricos</b></p> <p><b>Ventoinha dirigida ao rosto</b></p> <p><b>Estimulação elétrica neuromuscular</b></p> <p><b>Vibração da parede torácica</b></p> <p><b>Reabilitação pulmonar</b> tem evidência escassa na doença oncológica mas os autores recomendam que os princípios que justificam a sua utilização na DPOC e Insuficiência cardíaca também se aplicam nas pessoas com cancro que manifestam sintomas pulmonares</p> <p><b>Oxigenioterapia</b> apenas nos casos de hipoxemia. Nas restantes situações optar por ventoinha dirigida ao rosto, fonte de ar fresco no rosto ou abrir uma janela.</p> <p><b>Apoio psicossocial do cuidador/família.</b> Participação dos cuidadores em grupos de apoio e incentivo à partilha de experiências.</p> <p><b>Técnicas de redução da ansiedade</b> como exercícios respiratórios, relaxamento muscular, distração, musicoterapia e visualização podem</p>	<p><b>Antidepressivos:</b> o tratamento da depressão pode indiretamente melhorar o sintoma da dispneia na doença oncológica, mas falta suporte teórico que recomende o seu uso</p> <p><b>Benzodiazepinas</b> têm escassa evidência que suporta a sua utilização. Midazolam, lorazepam e diazepam em doses normais não causam compromisso da respiração mas em doses mais altas podem deprimir ligeiramente a respiração</p> <p><b>Fentanil nebulizado:</b> benefício não demonstrado</p> <p><b>Furosemina nebulizada</b> resultados promissores mas faltam estudos rigorosos que permitam recomendar a sua utilização</p> <p><b>Lidocaína nebulizada:</b> não está recomendada</p> <p><b>Hidromorfona nebulizada</b></p> <p><b>Morfina nebulizada</b></p>

	<p>ser benéficas pois ajudam a quebrar o ciclo vicioso de dispneia-ansiedade.</p>	<p><b>Tiras dilatadoras nasais</b> podem beneficiar algumas pessoas, principalmente aquelas com a síndrome caquexia-anorexia avançada, mas há escassa evidência</p>
<p><b>KAMAL, Arif et al</b> (10) EUA 2012</p> <p><b>População:</b> Pessoas com doença avançada (oncológica e não oncológica)</p>	<p><b>Opióides orais e parentéricos</b></p> <p><b>Oxigenioterapia</b> aumenta a sobrevida nos casos de hipoxemia grave (PaO<sub>2</sub> &lt;55mmHg ou &lt;60mmHg no cenário de <i>cor pulmonale</i> ou outra evidência de insuficiência de órgão) e com spO<sub>2</sub> &lt;90%. Na dispneia refratária, pode ser prescrito oxigênio, porém se ao fim de 3 dias não se verificar benefício, a mesma deve ser descontinuada</p> <p><b>Ventoinha dirigida ao rosto</b></p> <p><b>Reabilitação pulmonar</b></p> <p><b>Cirurgia</b> nos casos de neoplasias torácicas que causem dispneia por obstrução das vias aéreas.</p>	<p><b>Benzodiazepinas e antidepressivos</b></p> <p>Apesar de alguns estudos mostrarem perfis de segurança razoáveis, o seu uso em cuidados paliativos não pode ser generalizado</p> <p><b>Fentanil transmucoso</b> apresenta resultados promissores, porém os relatos de eficácia advém de pequenos estudos</p> <p><b>Furosemina nebulizada:</b> apesar dos resultados promissores, não está recomendada a sua utilização pois há escassa evidência</p> <p><b>Heliox:</b> terapêutica com custo económico significativo, com logística complicada e directrizes pouco claras acerca da selecção das pessoas que beneficiam deste recurso terapêutico</p> <p><b>Acupuntura:</b> evidência inadequada no cancro, na DPOC pode promover algum alívio da dispneia mas são precisos mais estudos na área</p>
<p><b>MORGAN SE, et al</b> (11) EUA 2019</p> <p><b>População:</b> Doença avançada (oncológica e não oncológica)</p>	<p>A dispneia é um sintoma difícil de gerir nas pessoas com doença pulmonar avançada e as terapias convencionais nomeadamente a oxigenioterapia, broncodilatadores (agonistas beta2 e anticolinérgicos) e corticosteróides podem revelar-se ineficazes.</p> <p>A <b>morfina</b> é o fármaco de eleição para controlar a dor e a dispneia.</p> <p>Os autores recomendam a morfina nebulizada como tratamento de suporte e em casos específicos quando o tratamento convencional não atenua a dispneia e/ou outras opções terapêuticas não são plausíveis.</p> <p><b>Oxigénio de alto fluxo</b> é considerado uma melhoria na qualidade assistencial e na promoção do conforto em Cuidados Paliativos</p>	<p>O uso da morfina nebulizada foi descrito pela primeira vez em 1980.</p> <p>Existe pouca e conflituosa evidência acerca da utilidade da morfina nebulizada pelo que a mesma não tem uma aplicabilidade ampla em Cuidados Paliativos.</p> <p>Contudo há estudos que investigam o papel da morfina nebulizada na redução da dispneia nas pessoas com DPOC, fibrose pulmonar e fibrose quística e muitos indicam que a mesma é uma terapêutica eficaz e capaz de fornecer algum alívio sintomático sem efeitos adversos importantes nomeadamente depressão respiratória, náusea, vômito e broncoespasmo.</p>
<p><b>SENDEROVICH, H.</b> <b>YENDAMURI, A.</b> (13)</p>	<p><b>Opióides orais e parentéricos</b></p> <p><b>Broncodilatadores</b> (agonistas beta2 e anticolinérgicos de curta e longa duração)</p>	<p><b>Benzodiazepinas</b> podem ser usadas como segunda linha de tratamento, com destaque para o midazolam e lorazepam sublingual.</p>

<p>CANADÁ 2019</p> <p><b>População:</b> Doença avançada (oncológica e não oncológica)</p>	<p>associados aos opióides podem reduzir a dispneia em 52% das pessoas com doença avançada, podendo ser usados isoladamente na dispneia leve a moderada associada a broncoespasmo <i>reversível</i> e cuja resposta anterior tenha sido favorável</p> <p><b>Inaladores beta2 agonistas</b> melhoram a depuração muco-ciliar, um dos fatores que pode contribuir para a dispneia, por isso, o seu uso é mais benéfico antes da vibração da parede torácica</p> <p><b>Corticóides inalatórios</b> apenas devem ser usados nas seguintes situações: linfangite carcinomatosa, pneumonite por radiação, síndrome de veia cava superior, quando há uma componente inflamatória ou na obstrução das vias aéreas induzida pelo cancro</p>	<p>Contudo a eficácia destes fármacos usados em monoterapia ou em associação a outros fármacos ainda não está esclarecida</p> <p><b>Furosemida nebulizada</b> pode promover alívio da dispneia, reduzir a frequência respiratória, uso dos músculos acessórios da respiração, tosse e taquipneia, mas a evidência científica é escassa pois provém de pequenos estudos</p> <p><b>Morfina nebulizada:</b> os resultados são ambíguos</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A complexa etiologia biopsicossocial da dispneia e as respostas secundárias a nível fisiológico e comportamental fazem com que este seja um sintoma difícil de gerir em Cuidados Paliativos, contudo a abordagem deve ser baseada na evidência<sup>(10)</sup>. A prioridade inicial passa pela identificação de causas reversíveis de dispneia, tais como infeção/pneumonia, derrame pleural, embolia pulmonar, anemia, entre outras. No entanto, em muitas ocasiões tal não será possível, pelo que quando as causas de dispneia não são reversíveis, deve ser dada prioridade à anamnese e exame físico que inclui a avaliação do desempenho funcional. A pessoa deve ser perspectivada como um todo indivisível e respeitadas as suas preferências e objetivos de tratamento. O alívio sintomático e apoio psicossocial à pessoa e cuidador/família são fundamentais nesta fase<sup>(2,4,6)</sup>.

Atualmente os Serviços de Intervenção da Dispneia são considerados os mais eficazes na gestão da dispneia nas pessoas com doença crónica, progressiva e incurável. Estes serviços desenvolvem uma abordagem multidisciplinar que engloba intervenções

farmacológicas e não farmacológicas<sup>(2,6,7,9)</sup>.

Como foi possível constatar no resumo dos principais resultados de cada artigo, existem várias intervenções farmacológicas e não farmacológicas com níveis de evidência distintos.

Relativamente ao tratamento farmacológico, apenas os opióides administrados via oral e parentérica estão recomendados na gestão da dispneia na doença avançada. A morfina nebulizada poderá ser considerada um tratamento de suporte e em casos específicos quando o tratamento convencional não atenua a dispneia e/ou outras opções terapêuticas não são plausíveis. As benzodiazepinas têm escassa evidência na redução da dispneia e apenas devem ser usadas em associação a opióides no tratamento de ansiedade, caso contrário não está recomendada a sua utilização. Os broncodilatadores são úteis no tratamento da dispneia leve a moderada desencadeada por broncoespasmo reversível. Os corticóides apenas devem ser usados em situações específicas. O oxigénio paliativo não deve ser usado por rotina e antes reservado à hipoxemia nas exacerbações agudas de insuficiências crónicas de órgão ou na gestão

de doenças do interstício pulmonar.

Relativamente às intervenções não farmacológicas, estão recomendadas na gestão da dispneia: a estimulação elétrica neuromuscular, vibração da parede torácica, reabilitação pulmonar, uso de ventoinhas dirigidas ao rosto e adjuvantes da deambulação, treino da respiração, princípio da conservação de energia e posicionamento adequado.

O *mindfulness*, distração, visualização, musicoterapia e relaxamento muscular têm escassa evidência na redução da dispneia mas são úteis no controlo da ansiedade que geralmente acompanha a dispneia.

As técnicas respiratórias são usadas para controlar os tempos ventilatórios e incluem respirar com os lábios semi-franzidos, respiração diafragmática, técnicas baseadas no ioga focadas na expiração, entre outras e devem ser ensinadas precocemente no decurso da trajetória de uma doença crónica pois permitem aumentar o controlo da respiração e sentido de auto-eficácia.

De seguida são descritos mais em pormenor os resultados obtidos segundo diferentes tópicos, de acordo com os estudos seleccionados, através desta revisão integrativa da literatura.

## **Intervenções farmacológicas da dispneia em Cuidados Paliativos**

### ***Opióides***

Os vários autores são unânimes que os opióides são os fármacos mais eficazes no alívio da dispneia na doença avançada, quer oncológica, quer não-oncológica e por isso devem constituir a primeira linha de tratamento <sup>(1,2,4,5,6,10,11,13)</sup>. O consenso também é relativo à via de administração, estando recomendados via oral ou parentérica <sup>(1,2,4,6,10)</sup>. Os opióides administrados via nebulizada, nasal, transmucosa e transdérmica ainda carecem de maior suporte teórico pelo que não estão recomendados <sup>(1,4,5,6,10)</sup>. Os autores são unânimes de que os opióides devem ser titulados gradualmente no sentido de encontrar a menor dose eficaz e minimizar

os efeitos laterais <sup>(1,2,4,5,10,13)</sup>. A obstipação, náuseas e vômitos são efeitos laterais expetáveis mas que podem ser antecipados e adequadamente geridos <sup>(2)</sup>. A sonolência tem uma prevalência diminuída no tempo, dada a tolerância farmacológica que ocorre ao fim de 1 a 2 semanas <sup>(13)</sup>. A dose diária ideal de opióide ainda não foi identificada mas em cerca de 90% das pessoas, 20 mg ou até menos de morfina de libertação sustentada é eficaz no alívio da dispneia <sup>(2)</sup>. A prescrição de opióides deve estar de acordo com o desempenho funcional e em concordância com a habituação aos opióides, isto é, se a pessoa é virgem de opióides ou não <sup>(4,10)</sup>, sendo que as pessoas que estão sob opióides para controlo da dor necessitam de um aumento de 25 a 50% da dose de opióide (linha de base) para obterem alívio da dispneia <sup>(4,10)</sup>. Os opióides são eliminados via renal, por isso a dose e o intervalo de dosagem do opióide devem ser adaptados à função renal, devendo evitar-se a morfina na presença de insuficiência renal grave <sup>(4)</sup>. Desde que devidamente titulados, os opióides são fármacos seguros como demonstram vários estudos realizados nas pessoas com doença avançada pelo que é infundada a associação de depressão respiratória a opióides <sup>(1,2,4,5,6,10,13)</sup>. Além disso, os opióides não só não aceleram a morte por depressão respiratória como ainda aumentam a sobrevida ao reduzirem o sofrimento físico, psicológico, angústia e exaustão <sup>(1)</sup>.

***Benzodiazepinas e antidepressivos*** O uso de benzodiazepinas e de inibidores da recaptção seletiva de serotonina baseia-se na lógica de que as pessoas com transtornos de ansiedade e depressão têm mais episódios de dispneia. Neste sentido, o tratamento da ansiedade e depressão pode ajudar a melhorar a dispneia. Apesar de alguns estudos mostrarem perfis de segurança razoáveis, o seu uso em cuidados paliativos não pode ser generalizado <sup>(10)</sup>. As benzodiazepinas mais utilizadas são o lorazepam, diazepam e midazolam <sup>(6)</sup>, podendo ser usadas como tratamento farmacológico

de segunda ou terceira linha em associação aos opióides apenas na dispneia associada a transtornos de ansiedade <sup>(4,5,6,13)</sup>. Os autores são unânimes de que as benzodiazepinas não devem ser usadas de modo isolado na doença avançada, quer oncológica, quer não-oncológica uma vez que a sua eficácia ainda não está esclarecida <sup>(1,2,4,6,10,13)</sup>. Por outro lado, pode ocorrer uma intensificação da dispneia nos casos de caquexia e sarcopenia, dado o impato no relaxamento muscular <sup>(4)</sup>.

### ***Broncodilatadores***

Os broncodilatadores (agonistas beta 2 e anticolinérgicos de curta e longa duração) e corticóides inalatórios devem ser considerados no tratamento da dispneia leve a moderada associada a broncoespasmo *reversível* na doença crónica avançada e no cancro. Estes podem ser usados em monoterapia ou em conjugação com opióide. De facto, os broncodilatadores associados a opióide podem reduzir a dispneia em 52% das pessoas com doença avançada <sup>(13)</sup>. Por outro lado, pode haver um sinergismo entre inaladores e intervenções não farmacológicas, por exemplo os beta2 agonistas melhoram a depuração muco-ciliar, um dos fatores que pode contribuir para a dispneia, deste modo, a sua utilização prévia à vibração da parede torácica vai trazer mais benefícios no alívio da dispneia. Os inaladores pressurizados de dose calibrada são preferíveis devido à melhor adesão, simplificação da terapia e custo reduzido <sup>(13)</sup>.

### ***Furosemida nebulizada***

A furosemida nebulizada é um diurético que aparentemente melhora a dispneia sem efeitos adversos relevantes na doença avançada <sup>(6)</sup> pela prevenção do broncoespasmo e possíveis efeitos indiretos nas terminações nervosas sensoriais no epitélio das vias aéreas <sup>(10)</sup>. Contudo, existem poucos estudos na área e apesar dos resultados promissores, a evidência científica é escassa pelo que não está recomendada a sua utilização <sup>(1,6,10,13)</sup>.

### ***Corticosteróides***

Os corticosteróides apenas devem ser usados na dispneia causada por uma componente inflamatória, obstrução das vias aéreas induzida pelo cancro, linfangite carcinomatosa, pneumonite por radiação e síndrome da veia cava superior <sup>(4,13)</sup>.

### ***Sedação paliativa***

Apesar dos avanços farmacológicos, gerir a dispneia na pessoa em fim de vida ainda se mantém um desafio <sup>(6)</sup>. Na fase final de vida, a dor e a dispneia são os sintomas mais comuns e para controlar a dispneia refratária com níveis de sofrimento insuportáveis na pessoa com doença avançada em estadio terminal é preciso recorrer em maior extensão aos opióides (especialmente morfina) e benzodiazepinas <sup>(6)</sup>. Nestes casos a sedação paliativa constitui a estratégia farmacológica a adoptar, constituindo uma solução limite <sup>(4,6,12)</sup>. A associação de morfina e midazolam constitui o critério padrão. Outras intervenções farmacológicas que promovem alívio da dispneia na pessoa em estadio terminal incluem a redução de hidratação artificial, adição de fármacos anticolinérgicos como atropina e escopolamina e optimização do posicionamento <sup>(4)</sup>.

### ***Oxigenoterapia***

A oxigenoterapia está indicada nas pessoas com hipoxemia severa ( $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$  ou  $<60\text{mmHg}$  no contexto de *cor pulmonale* e  $\text{spO}_2 \leq 90\%$ ) <sup>(10)</sup> na exacerbação aguda das insuficiências crónicas de órgão e no cancro, reduzindo a dispneia, melhorando o estado funcional e a sobrevida <sup>(1,2,4,6,10)</sup>. Deste modo, o oxigénio paliativo não deve ser utilizado por rotina. As principais desvantagens associadas à oxigenioterapia por óculos nasais são a hemorragia nasal e dependência psicológica <sup>(4)</sup>. Contudo, o oxigénio paliativo pode ser considerado na dispneia refratária quando outras modalidades de tratamento se revelaram ineficazes e/ou se verifica um alívio da dispneia <sup>(2,10)</sup>. Contudo se ao fim de três dias não se

verificar melhorias com a oxigenoterapia, a mesma deve ser descontinuada<sup>(10)</sup>. Na verdade os vários estudos realizados demonstram que oxigênio e ar atmosférico têm resultados semelhantes pelo que o efeito terapêutico deve-se à passagem de ar nas vias aéreas<sup>(1,2,6)</sup>. Por isso, nos estados em que não há hipoxemia deve optar-se por uma ventoinha a uma distância de 15 a 20 cm do rosto e dirigir o fluxo de ar ao nariz e boca<sup>(2)</sup> ou abrir uma janela e sentir a corrente de ar no rosto.<sup>(4,6,10)</sup>

### ***Heliox***

O Heliox é uma mistura de oxigênio e hélio. Em comparação com o oxigênio, o heliox aumenta a tolerância ao exercício nas pessoas com DPOC moderada a severa e levemente hipoxêmicas. Por sua vez, nas pessoas com cancro do pulmão, o heliox está associado a melhoria da tolerância ao exercício e alívio da dispneia. Contudo trata-se de uma terapêutica com custo económico significativo que requer uma logística complicada e com diretrizes pouco claras acerca da seleção das pessoas que beneficiam deste recurso terapêutico<sup>(10)</sup>.

### **Intervenções não farmacológicas da dispneia em Cuidados Paliativos**

#### ***Estimulação elétrica neuromuscular e a vibração da parede torácica***

A estimulação elétrica neuromuscular e a vibração da parede torácica promovem alívio da dispneia e são altamente recomendadas nas pessoas com doença avançada oncológica e não-oncológica<sup>(1,2,6)</sup>.

#### ***Reabilitação pulmonar***

A reabilitação pulmonar tem efeitos benéficos nas pessoas com DPOC em estádios avançados<sup>(1,2,10)</sup>. Os principais benefícios incluem a melhoria da capacidade de exercício, redução da gravidade da dispneia e melhoria dos indicadores relacionados com a qualidade de vida<sup>(10)</sup>. De fato, existe uma relação estreita entre fadiga e dispneia nas pessoas com doença avançada não maligna, como por exemplo DPOC e insuficiência cardíaca. A

causa está provavelmente relacionada com o descondicionamento muscular que altera os níveis pCO<sub>2</sub> e lactato que podem influenciar a respiração. Deste modo, o exercício e o controlo da fadiga fazem parte dos programas de reabilitação pulmonar<sup>(6)</sup>. Na doença oncológica, os benefícios do exercício têm sido pouco estudados mas alguns estudos demonstram algum alívio da fadiga e stresse emocional sobretudo nas pessoas com sintomas pulmonares<sup>(6)</sup>.

### ***Ventoinhas***

O uso de ventoinhas dirigidas ao rosto ou manter uma janela aberta para que a pessoa sinta a corrente de ar na face, reduzem a sensação de dispneia e promovem alívio significativo através da modulação da perceção da dispneia mediada pela estimulação do segundo e terceiro ramos do nervo trigêmeo. Este equipamento simples e eficaz pode ser usado nas pessoas com doença avançada, quer oncológica, quer não-oncológica<sup>(2,4,6,10)</sup>.

### ***Adjuvantes da deambulação***

Os adjuvantes da deambulação como por exemplo bengalas e andarilhos com rodas têm evidência moderada no alívio da dispneia em repouso, durante a marcha e na realização de atividades diárias nas pessoas com DPOC<sup>(1,2)</sup>. Estes equipamentos permitem maior estabilidade e confiança na marcha, aumentando assim o sentido de auto-eficácia<sup>(6)</sup>, por isso os Enfermeiros devem ensinar e capacitar a pessoa a utilizá-los corretamente.

### ***Técnicas de redução da ansiedade***

As técnicas de redução da ansiedade incluem as técnicas de relaxamento (como o relaxamento muscular progressivo), auto-hipnose, meditação, *mindfulness*, distração, musicoterapia e visualização<sup>(1,2,4,6,10)</sup>. Apesar destas técnicas terem pouca evidência no alívio da dispneia<sup>(1,2)</sup>, as mesmas podem proporcionar algum controlo sobre a respiração e emocional bem como melhorar o sentido de auto-eficácia, ajudando a quebrar o

ciclo vicioso de dispneia/ansiedade <sup>(4,6)</sup>.

### ***Posicionamento adequado***

A pessoa com dispneia pode adotar vários posicionamentos que facilitam a respiração e podem aliviar a sensação de falta de ar. Os Enfermeiros têm um papel importante na educação da pessoa e cuidador/família acerca dos posicionamentos mais adequados. Os mais utilizados são: sentado com apoio de almofadas de modo a elevar o tronco e cintura escapular <sup>(1,2)</sup>, sentado com ligeira inclinação para a frente com os braços apoiados nas pernas; deitado de lado com elevação da cabeceira e membro superior e inferior apoiado em almofadas e de pé inclinado para a frente e apoiando as mãos numa superfície (mesa, corrimão, entre outros) <sup>(2)</sup>.

### ***Princípio da conservação de energia***

Os Enfermeiros também devem ensinar a pessoa a utilizar a energia corporal da maneira mais eficaz possível, tendo por base o princípio da conservação de energia. Como a fadiga também é um sintoma comum, a pessoa é incentivada a adaptar a sua atividade diária, priorizando aquelas que são mais importantes e planeando atempadamente o seu dia-a-dia <sup>(2)</sup>.

### ***Tiras dilatadoras nasais***

As tiras dilatadoras nasais não têm eficácia comprovada no alívio da dispneia mas podem beneficiar algumas pessoas, principalmente com síndrome anorexia-caquexia avançado ao reduzirem o esforço respiratório e a percepção da dispneia <sup>(6)</sup>.

### ***Acupuntura***

A acupuntura tem resultados contraditórios nos estudos realizados. No cancro não pode ser considerada uma intervenção de rotina no alívio da dispneia (evidência inadequada) e na DPOC, a acupuntura pode promover algum alívio da dispneia através da modulação da percepção da dispneia mas são precisos mais estudos na área <sup>(1,10)</sup>.

### ***Cirurgia***

A cirurgia pode beneficiar as pessoas com neoplasias torácicas que causem dispneia por obstrução das vias aéreas. Os derrames pleurais sintomáticos podem ser tratados cirurgicamente por pleurodese, inserção de cateter pleural em túnel ou cirurgia toroscópica aberta ou vídeo-assistida. A cirurgia de redução de volume pulmonar é considerada nas pessoas com DPOC grave e sintomáticas apesar de terapia otimizada da doença de base e reabilitação pulmonar <sup>(10)</sup>.

### ***Educação e apoio psicossocial***

A educação e treino de competências da pessoa e cuidador/família acerca da dispneia deve ser iniciada aquando do diagnóstico de doença crónica e evolutiva e reforçada durante a trajetória da doença de base, devendo ser elaborado um plano de ação com intervenções individualizadas, passíveis de serem reformuladas conforme a necessidade <sup>(12)</sup>. A dispneia pode ser uma experiência assustadora não só para a pessoa afetada mas também para os que convivem de perto com ela <sup>(6,12)</sup>. Por isso, é fundamental avaliar o impacto da dispneia na vida dos cuidadores/família e promover o apoio psicossocial. Os cuidadores podem sentir benefícios na participação em grupos de apoio e na partilha de experiências <sup>(6)</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A dispneia é um sintoma com elevada incidência no contexto de Cuidados Paliativos e constitui um dos sintomas mais angustiantes e desestabilizadores na pessoa com doença avançada, aumentando de prevalência e intensidade ao longo das últimas semanas de vida. Considerado um sintoma complexo e multifatorial, o sucesso no controlo da dispneia deve ter em consideração alguns aspetos que lhe estão associados para além da componente física, nomeadamente o impacto da ansiedade e depressão, o seu significado para pessoa e cuidador/família e entender as implicações da dispneia na qualidade de vida, bem como no

bem-estar psicológico, social e espiritual.

A gestão da dispneia em Cuidados Paliativos implica a integração de intervenções farmacológicas e não farmacológicas desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar de modo a dar resposta às múltiplas necessidades comprometidas na pessoa e cuidador/família. Os Enfermeiros inseridos nas equipas multidisciplinares têm um papel fundamental na educação acerca do reconhecimento precoce de dispneia, desenvolvimento de estratégias sem fármacos para enfrentar situações de dispneia, incentivo à adesão terapêutica, promoção do alívio sintomático, respeito e salvaguarda das preferências da pessoa e apoio psicossocial à pessoa e cuidador/família. De realçar a importância do uso de ventoinha dirigida ao rosto, posicionamento adequado e do treino da respiração como intervenções não farmacológicas eficazes e que os Enfermeiros podem ensinar e instruir as pessoas a executá-las corretamente.

Os opióides são a base do tratamento farmacológico da dispneia na doença avançada com evidência suportada em variados ensaios clínicos randomizados controlados e revisões sistemáticas. Contudo, a relutância médica em prescrever opióides é um dos fatores que contribui para a inadequada gestão da dispneia nas pessoas com doença avançada <sup>(5)</sup> e por isso com este artigo espera-se ter contribuído para a atualização dos conhecimentos dos Enfermeiros e fomentar a prática baseada na evidência.

Os broncodilatadores são eficazes na redução da dispneia leve a moderada porém um dos fatores que leva ao alívio inadequado da mesma reside na falta de conhecimento acerca do seu uso apropriado <sup>(13)</sup>. Nesse sentido, os Enfermeiros têm um papel vital na educação da pessoa acerca da utilização adequada, promovendo a adesão ao tratamento e contribuindo para a otimização dos resultados terapêuticos.

Alguns estudos apontam que a furosemida e fentanil nebulizados, bem como as tiras

dilatadoras nasais podem ter benefícios na redução da dispneia mas a evidência científica é escassa, deste modo sugere-se a realização de mais estudos com a utilização destes recursos.

Durante a elaboração deste trabalho, surgiram vários artigos que abordam a avaliação da dispneia com destaque para os instrumentos de avaliação. Não sendo âmbito deste trabalho a reflexão acerca dos mesmos, é inegável que o principal sistema de registo informático SAPE não dispõe de nenhuma escala de avaliação da dispneia, ao contrário da dor que tem várias escalas disponíveis e o Enfermeiro seleciona a mais adequada. Por isso, sugere-se a inclusão de uma escala de avaliação da dispneia no aplicativo informático uma vez que esta permite uma abordagem mais sistematizada, elaboração de registos mais rigorosos e monitorização dos cuidados, contribuindo para a qualidade dos cuidados de Enfermagem e dando visibilidade à profissão. Por outro lado, a *Respiratory Distress Observation Scale* é uma escala de hetero-avaliação da dispneia que é usada em cuidados paliativos em variados países, contudo não se encontra validada para a população portuguesa. Deste modo, a validação transcultural desta escala pode ser um futuro tema de investigação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRENNAN, Caitlin e MAZANEC, Polly - Dyspnea Management across the Palliative Care Continuum. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2011, vol 13, n.º 3; Mai/Jun, pp 130-139.

Disponível em: [https://journals.lww.com/jhpn/fulltext/2011/05000/Dyspnea\\_Management\\_Across\\_the\\_Palliative\\_Care.3.aspx#pdf-link](https://journals.lww.com/jhpn/fulltext/2011/05000/Dyspnea_Management_Across_the_Palliative_Care.3.aspx#pdf-link)

2. CHIN, Chloe e BOOTH Sara -Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgraduate Medical Journal*, 2016, pp 1-8, doi: 10.1136

Disponível em: [https://pdfs.semanticscholar.org/81ea/d4f0bd802af877d0b567f871a1b984423a9d.pdf?\\_ga=2.214870036.2026196582.1583776489-1835354408.1583776489](https://pdfs.semanticscholar.org/81ea/d4f0bd802af877d0b567f871a1b984423a9d.pdf?_ga=2.214870036.2026196582.1583776489-1835354408.1583776489)

3. ALVES, Ana e PINA, Paulo - Dispneia em cuidados paliativos: registos de enfermagem e autoavaliação da

dispneia. Revista de Enfermagem Referência. 2018, Série IV- n.º 16; Jan./Fev./Mar, pp 53-62.

Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn16/serIVn16a06.pdf>

**4. KLOKE M. e CHERNY N.** - Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 2015, vol 26, n.º 5, pp 169-173.

Disponível em: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)47186-X/pdf](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)47186-X/pdf)

**5. MARTINS M. et al** - Autonomy and dyspnea in palliative care: A case report. *Pulmonol.* 2019.

Disponível em:

<https://www.journalpulmonology.org/en-pdf-S2531043719300972>

**6. THOMAS, Shirley et al** - Breathlessness in cancer patients - Implications, management and challenges. *European Journal of Oncology Nursing.* 2011, vol 15, pp 459-469

Disponível em: [https://www.academia.edu/25901371/Breathlessness\\_in\\_cancer\\_patients\\_e\\_Implications\\_management\\_and\\_challenges?auto=download](https://www.academia.edu/25901371/Breathlessness_in_cancer_patients_e_Implications_management_and_challenges?auto=download)

**7. BAUSEWEIN, Claudia et al** Breathlessness services as a new model of support for patients with respiratory disease. *Chronic Respiratory Disease.* 2018, vol. 15, n.º 1, pp 48-59.

Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1479972317721557>

**8. BIRKHOLZ, Lorri e HANEY, Tina** - Using a Dyspnea Assessment Tool to Improve Care at the End of Life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing.* 2018, vol 20, n.º 3, pp 219-227. Disponível em:

<https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00129191-201806000-00005.pdf>

**9. SIME C. et al** - Improving the waiting times within a hospice breathlessness service. *BMJ Open Quality,* 2019, pp 1-7.

Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjqir/8/2/e000582.full.pdf>

**10. KAMAL, Arif et al** - Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options. *Journal of Palliative Medicine.* 2012, vol 15, n.º 1, pp 106-114. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3304253/pdf/jpm.2011.0110.pdf>

**11. MORGAN S.E. et al** - Oxygen Therapy and Aerosolized Morphine to Treat Symptomatic Dyspnea during Palliative and Hospice Comfort Care. *Palliative*

*Medicine & Care.* 2019, vol 6, n.º 1, pp 1-5.

Disponível em:

<https://symbiosisonlinepublishing.com/palliative-medicine-care/palliative-medicine-care75.pdf>

**12. MULARSKI, Richard A. et al** - An Official American Thoracic Society Workshop Report: Assessment and Palliative Management of Dyspnea Crisis. *ATS Journal.* 2013, vol 10, n.º 5, pp 98-106.

Disponível em:

<https://www.thoracic.org/statements/resources/hcpeolc/dyspnea-crisis.pdf>

**13. SENDEROVICH, Helen e YENDAMURI, Akash** - Management of Breathlessness in Palliative Care: Inhalers and Dyspnea - A Literature Review. *Rambam Maimonides Medical Journal.* 2019, vol 10, n.º 1, pp 1-7

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6363369/pdf/rmmj-10-1-e0006.pdf>

**14. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE:** Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - Programa nacional de cuidados paliativos. Lisboa, 2005, ISBN 972-675-124-1.

Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Cuidados-Paliativos.pdf>

**15. STETLER CB, BRUNELL M, GIULIANO**

**KK, MORSI D, PRINCE L, NEWELL-STOKES V** - Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *Journal of Nursing Administration.* 1998, vol 28, nº 7, pp 45-53

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9709696>



# VIVÊNCIAS DE PESSOAS SUBMETIDAS A AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR POR OSTEÍTES



Anabela da Conceição Ribeiro Alegre<sup>(1)</sup>; Arménio Guardado Cruz<sup>(2)</sup>

## Resumo

As patologias sépticas osteoarticulares apresentam ainda hoje, para a sociedade em geral, escassa visibilidade. No entanto, as pessoas com este tipo de problemas representam um número considerável de casos, com difícil tratamento e consequências diversas, nomeadamente a amputação. Considerando a escassez de evidências científicas nesta área, colocou-se a seguinte questão: - Quais as vivências de pessoas que foram submetidas a amputação do membro inferior por osteíteis?

Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica que pretende compreender a experiência das pessoas com osteíteis submetidas a amputação do membro inferior e reflectir sobre o significado pessoal deste tipo de perda corporal.

Informação recolhida através de entrevista semiestruturada a sete homens, submetidos a amputação do membro inferior, num serviço de Ortopedia. A análise dos dados decorreu de acordo com o Modelo de Colaizzi, até à saturação da informação.

Os achados espontâneos foram organizados em três temas centrais: “a pessoa em transição”, “a pessoa com os outros”, “a pessoa no futuro”. E foi possível adquirir saberes, sobre as experiências subjetivas da pessoa amputada, a relação entre a pessoa e os outros, bem como uma visão holística. Permitiu também verificar que o processo de reabilitação nestas pessoas é global, dinâmico e contínuo.

Tendo em conta as suas competências, os enfermeiros especialistas de reabilitação podem ter em conta os achados deste estudo para cuidar de pessoas com necessidades especiais, em processo de transição e ao longo do ciclo de vida, capacitar a pessoa com deficiência e limitação da actividade para reinserção, e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Palavras-chave: Amputação; Osteíteis; Vivências; Reabilitação

## Abstract

### EXPERIENCES OF PEOPLE SUBMITTED TO LOWER LIMB AMPUTATION DUE TO OSTEITIS

Osteoarticular septic pathologies still have little visibility for society in general. However, people with this type of problem represent a considerable number of cases, with difficult treatment and different consequences, namely amputation. Considering the scarcity of scientific evidence in this area, the following question was asked: - What are the experiences of people who have undergone lower limb amputation due to osteitis?

Qualitative study with a phenomenological approach that aims to understand the experience of people with osteitis submitted to lower limb amputation and reflect on the personal meaning of this type of body loss.

Information collected through semi-structured interviews with seven men, who underwent amputation of the lower limb, in an Orthopedics service. Data analysis was carried out according to the Colaizzi Model, until information saturation.

The emerging findings were organized into three central themes: “the person in transition”, “the person with others”, “the person in the future”. And it was possible to acquire knowledge about the subjective experiences of the amputee, the relationship between the person and the others, as well as a holistic view. It also allowed to verify that the rehabilitation process in these people is global, dynamic and continuous.

Bearing in mind their skills, rehabilitation specialist nurses can take into account the findings of this study to care for people with special needs, in a transition process and throughout the life cycle, to train people with disabilities and limit activity to reintegration, and maximize functionality by developing the person's capabilities.

Keywords: Amputation; Osteites; Experiences; Rehabilitation

## Resumen

### EXPERIENCIAS DE PERSONAS SOMETIDAS A AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES DEBIDO A OSTEÍTIS

Las patologías sépticas osteoarticulares aún tienen poca visibilidad para la sociedad en general. Sin embargo, las personas con este tipo de problema representan un número considerable de casos, con tratamiento difícil y diferentes consecuencias, a saber, amputación. Teniendo en cuenta la escasez de evidencia científica en esta área, se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las experiencias de las personas que se han sometido a una amputación de miembros inferiores debido a la osteíteis?

Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico que tiene como objetivo comprender la experiencia de las personas con osteíteis sometidas a amputación de miembros inferiores y reflexionar sobre el significado personal de este tipo de pérdida corporal.

Información recopilada a través de entrevistas semiestructuradas con siete hombres, a quienes se les amputó la extremidad inferior, en un servicio de ortopedia. El análisis de los datos se realizó según el Modelo Colaizzi, hasta la saturación de la información.

Los hallazgos emergentes se organizaron en tres temas centrales: “la persona en transición”, “la persona con los demás”, “la persona en el futuro”. Y fue posible adquirir conocimiento sobre las experiencias subjetivas del amputado, la relación entre la persona y los demás, así como una visión holística. También permitió verificar que el proceso de rehabilitación en estas personas es global, dinámico y continuo.

Teniendo en cuenta sus habilidades, las enfermeras especialistas en rehabilitación pueden tener en cuenta los resultados de este estudio para atender a las personas con necesidades especiales, en un proceso de transición y durante todo el ciclo de vida, para capacitar a las personas con discapacidad y limitar la actividad a reintegración y maximizar la funcionalidad mediante el desarrollo de las capacidades de la persona.

Palabras llave: amputación; Osteítas; Experiencias; Rehabilitación

Submetido em Março 2020. Aceite para publicação em Abril 2020

<sup>(1)</sup>CHUC-HUC, Ortopedia, Enfermeira Especialista de Reabilitação [aalgre@sapo.pt].

<sup>(2)</sup>Escola Superior De Enfermagem de Coimbra, UCP de Enfermagem de Reabilitação, Professor Coordenador

## INTRODUÇÃO

Enquanto profissionais da saúde a conviver com pessoas que apresentam diversos problemas na área da patologia osteoarticular, surgiu a inquietação a respeito da amputação por osteítes, suas implicações e sentimentos experienciados pela pessoa que a vivencia.

Osteíte é descrita como uma infecção do osso geralmente causada por bactérias, embora possa resultar da invasão de vírus, fungos e parasitas. (Green,2010), ou como uma inflamação dos espaços conjuntivos vasculares do osso, provocada por microrganismos, normalmente o estafilococo dourado, que invariavelmente, conduz a necrose com supuração. A invasão bacteriana no osso faz-se, quer por via hematogénea, quer diretamente, na sequência de fraturas complicadas expostas ou de infeções da pele, não esquecendo ainda as causas iatrogénicas. A pessoa refere dores intensas a nível do osso sendo acompanhada de outros sinais infecciosos, podendo ocorrer a instalação de um estado séptico. (Sérgio,2005; Harris et al, 2009; Golubović et al, 2016).

Estas situações podem implicar períodos de hospitalização, tratamentos médicos e cirúrgicos prolongados, nem sempre com os resultados desejados, levando a elevadas taxas de readmissão, sendo a amputação a decisão terapêutica final (Husebye et al, 2012).

As amputações por osteítes são situações com que nos deparamos no dia-a-dia, que, por diversos factores, pessoais, clínicos, sociais, culturais, etc..., nos preocupam e inquietam. Esta preocupação resulta de vivência dos constantes reinternamentos por recidivas frequentes, internamentos muito prolongados, bem como a percepção de que a amputação de um membro é sempre um evento crítico e frequentemente inesperado, o que implica complicações patológicas com consequências e repercussões profundas no retorno das pessoas ao seu quotidiano, com reflexos evidentes na funcionalidade destes doentes e na sua qualidade de vida (André, 2016).

A amputação de um membro coloca a

pessoa na presença de uma multiplicidade de desafios físicos e psicossociais (Resende et al, 2007), geradores de sentimentos ambíguos que interagem entre si e permanecem unidos. Perder parte do corpo é doloroso, pois o corpo foi afetado e, conseqüentemente, a percepção do mundo e das coisas. Por mais difícil ou penoso que seja, a amputação, a pessoa rende-se à situação limite/limitante em que se encontra, na doença crónica, e opta pela realização da cirurgia, com esperança de acabar com a dor física.

Face ao processo de transição saúde-doença a que estes doentes estão sujeitos, com um percurso alternado e repetido de alterações da condição de saúde, e de terapias ineficazes, que conduzem a situações de imobilidade prolongada, com consequências em diversas dimensões e reflexos na autonomia nos autocuidados, e de momentos de incertezas e dúvidas, que implicam um esforço acrescido a nível físico, psicológico, social e económico, e processos adaptativos de grande exigência (André,2016).

Os enfermeiros especialistas de reabilitação (EER), tendo em conta as suas competências específicas e os padrões de qualidade dos seus cuidados (Regulamento n.º 392/2019; Regulamento n.º 350/2015), devem focar a sua atenção neste fenómeno e, integrados em equipas de saúde interdisciplinares, identificar os diagnósticos, conceber e implementar os planos de intervenção, e avaliar os respectivos resultados, através de uma avaliação funcional precoce e actividades de promoção do autocuidado, readaptação e reeducação funcional da pessoa na fase pré e pós amputação, contribuindo para a diminuição do impacto da incapacidade.

A compreensão das vivências das pessoas neste percurso, poderá contribuir para identificar e clarificar alguns dos seus principais problemas e, assim promover a melhoria nos cuidados de enfermagem prestados e da qualidade de vida destes doentes.

Os motivos atrás referidos levaram-nos a levantar a seguinte questão inicial de

investigação: “Quais as vivências de pessoas que foram submetidas a amputação do membro inferior por osteíte?”

Este estudo tem como objectivos: Compreender a experiência da pessoa submetida a amputação do membro inferior por osteíte; Refletir sobre o significado desse tipo de perda corporal.

## METODOLOGIA

Para concretizar os objectivos referidos, optámos por um estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, pois é uma metodologia que se centra na experiência vivida dos participantes, complexa e multifacetada, e nos significados que lhe

são atribuídos pelo sujeito que a vivencia (Loureiro, 2006).

Os participantes foram seleccionados de forma intencional, através de casos-tipo, sendo a selecção efetuada durante o período de internamento, no serviço de ortopedia. Como critérios de selecção e inclusão dos participantes no estudo definimos: o género masculino, com idades compreendidas entre os (30) e os (65) anos; que não sofriam no momento de intervenção qualquer outro tipo de doença grave; não tinham problemas que afectassem a capacidade cognitiva nem a expressão oral e que residissem em Portugal Continental.

**Quadro 1 - Caracterização dos participantes.**

	Idade	Estado civil	Escolaridade	Profissão atual	Nível de amputação	Tempo de amputação	Apoio à deambulação
E1	59 Anos	Divorciado	4ºAno	Auxiliar	1/3 Proximal da perna	9 Meses	Prótese
E2	57 Anos	Casado	4ºAno	Reformado	1/3 Proximal da perna	12 Meses	Prótese
E3	49 Anos	Casado	4ºAno	Reformado	1/3 Proximal da coxa	8 Meses	Prótese e canadianas
E4	38 Anos	Casado	9ºAno	Agente Imobiliário	1/3 Médio da coxa	12 Meses	Prótese
E5	45 Anos	Casado	12ºAno	Bombeiro Sapador (telefonista)	1/3 Proximal da perna	9 Meses	Prótese
E6	49 Anos	Casado	4ºAno	Reformado	1/3 Médio da coxa	7 Meses	Prótese e canadianas
E7	56 Anos	Divorciado	4ºAno	Eletricista	1/3 Médio da coxa	14 Meses	Prótese

A recolha de dados foi efetuada através de uma entrevista semiestruturada, construída para o efeito, aplicada, entre sete a catorze meses após cirurgia, estando todos já a usar prótese para deambular, no entanto dois dos participantes ainda necessitavam de canadianas para apoio à marcha.

Após a autorização institucional, a recolha de informação ocorreu no período compreendido entre 25 de Abril e 24 de Maio de 2012. O primeiro contato foi realizado durante o internamento dos doentes no serviço de ortopedia. Após a alta entre 7 a 14 meses após a amputação, tendo em consideração o fato

de estes poderem reflectir sobre a experiência vivida, foram contactados telefonicamente com o intuito de preparar e combinar o encontro, sendo as entrevistas agendadas de acordo com os participantes, estabelecendo uma relação de confiança e respeito de forma a garantirmos o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo.

Utilizámos a entrevista semiestruturada, sendo elaborado um guião, de forma a assegurar que as questões-chave fossem explorados em cada participante, procurando adaptar as perguntas a cada um, evitando influenciar ou a controlar as respostas dos mesmos. O guião

da entrevista foi estruturado tendo em conta as seguintes questões: Quais as experiências subjectivas dos doentes, prévias à amputação? Quais as experiências subjectivas dos doentes após a amputação? Qual o significado pessoal da perda do corpo? Quais as alterações (positivas ou negativas) equacionadas pela pessoa em relação ao seu projecto de futuro, na sequência da amputação?

Após a estruturação do guião, procedemos à validação do mesmo, permitindo-nos calcular a duração média das entrevistas e desenvolver algumas habilidades técnicas. Durante a entrevista criou-se uma relação de interação entre o entrevistador e o entrevistado, tendo este falado sobre o tema proposto com base na informação que ele próprio detém, que é o que verdadeiramente interessa para o estudo. A grande vantagem da entrevista é a captação imediata da informação desejada, permitindo e facilitando o tratamento de assuntos de natureza estritamente pessoal e íntima. Um aspeto muito importante é que todas as entrevistas, constituídas por questões abertas, que nos serviram de guia de orientação para abranger os domínios das questões, decorreram no ambiente natural dos participantes, isto é, em sua casa, de modo a permitir que estes adotassem atitudes mais naturais, dialogassem sem pressão, se sentissem mais à vontade e facilitasse a recordação das experiências e emoções que envolveram o fenómeno em estudo. Aquando da sua realização, procurámos sempre manter uma atitude de disponibilidade e interesse, tendo sempre presente que não podemos usufruir da mesma.

Após a realização de cada entrevista, com uma duração média de 30 minutos, foi feita a escuta atenta da gravação e, posteriormente, a transcrição para a leitura textual. A finalização do registo da informação ocorreu quando tivemos a percepção de que deixaram de aparecer novos dados, pelo que se acreditou que a saturação tinha sido alcançada.

Para a análise dos dados utilizámos o método proposto por Colaizzi (1978), pois

este defende que a ciência de enfermagem tem como objeto a experiência de saúde e de doença, daí que o objeto de estudo não possa ser descoberto dentro da dimensão técnica da existência humana, mas sim na dimensão existencial, isto é, na experiência vivida.

As transcrições das entrevistas foram de acordo com o método, adoptando objecto de leitura na sua totalidade. As declarações significativas das vivências da pessoa amputada foram extraídas e o significado de cada declaração foi formulado. Os grupos de temas foram organizados a partir da agregação dos significados formulados. As transcrições originais foram examinadas para grupo de temas e finalmente, os achados foram integrados para surgir a descrição das vivências após a amputação. Foi nosso objetivo identificar como as declarações ou os temas centrais emergiam e como se relacionavam uns com os outros, uma vez que pretendemos uma descrição final compreensiva e exaustiva.

A pesquisa seguiu os critérios éticos, validado pela Comissão de Ética para a Saúde dos Hospitais da Universidade de Coimbra, permitindo aos participantes a livre escolha de aceitar ou não, após o conhecimento dos objectivos, metodologia, e condições da sua participação assinando o termo de Consentimento informado. A garantia da confidencialidade e anonimato também foi exposta e assegurada, uma vez que os nomes dos participantes foram substituídos por letras em ordem alfabética de acordo com a sequência das entrevistas; (Sr.A., Sr.B., Sr.C., sucessivamente). Os nomes de locais ou de outras pessoas referidos pelos participantes foram substituídos por letras aleatórias, impossibilitando que outras pessoas possam identificar os participantes. Optámos por não disponibilizar as entrevistas ou notas de campo, devido às normativas éticas por nós assumidas, porque entendemos que mesmo com as codificações realizadas, existia a possibilidade, embora remota, de os participantes serem identificados.

**RESULTADOS/ DISCUSSÃO**

Da análise das entrevistas dos sete participantes, emergiram unidades de significado organizadas em três temas centrais que englobam a descrição das vivências dos

participantes relativamente ao fenómeno da amputação do membro inferior por osteíte. Estes temas são: A pessoa em transição; A pessoa com os outros e A pessoa no futuro.

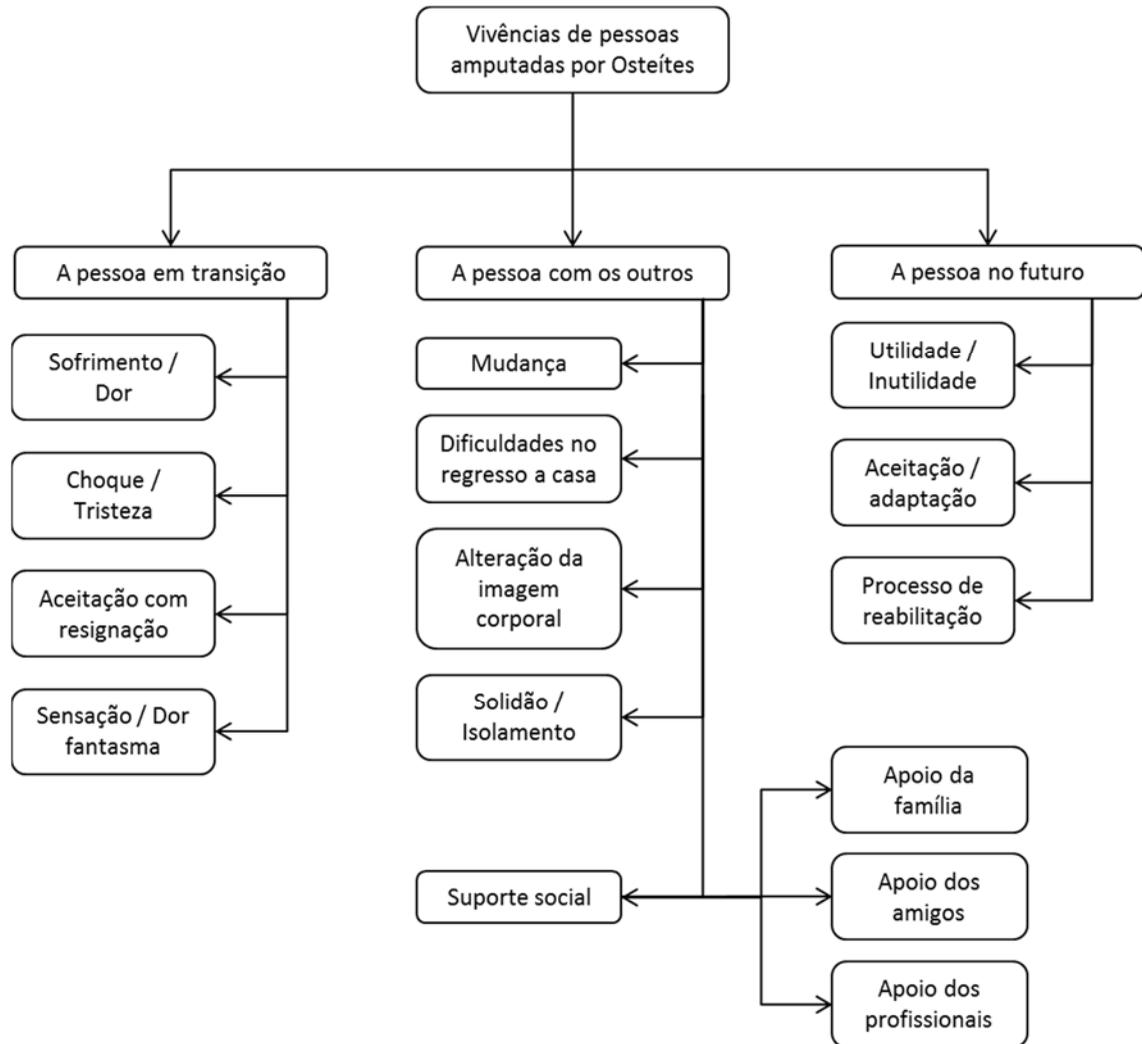


Figura 1 - Representação esquemática das vivências de pessoas do fenómeno da amputação do membro inferior por osteíte

Os momentos de transição na vida de uma pessoa são motivos potenciais de problemas na esfera da saúde, que podem levar a uma certa fragilidade e vulnerabilidade. Nesta experiência concreta, a fragilidade representa a possibilidade de receber ou perder algo de grande importância, tal como a saúde, (Renaud, 2006).

A pessoa em transição é um tema que envolve um conjunto de experiências e sentimentos vivenciados pelos participantes desde o conhecimento da doença, a forma como lidaram com a amputação até às alterações de vida delas decorrentes. Este tema emergiu do seguinte grupo de categorias: Sofrimento/Dor; Choque/Tristeza; Aceitação com resignação e Sensação/Dor fantasma.

Nos dados apresentados, os participantes referem que a sua doença, a dor intensa e a incapacidade os impediam de aceder ao mundo ou de aumentar os seus horizontes, tornando-se, neste sentido, um obstáculo ao alcance dos seus projetos, o que acabou por lhes provocar sofrimento. Em alguns casos, este sofrimento levou-os a ter sentimentos de desespero. Os dados sugerem-nos que a amputação de um membro inferior, neste caso por Osteíte, é o terminar do encontro com a doença que causou e ainda causa, para alguns dos participantes deste estudo, um grande sofrimento muito além da percepção que possamos criar na nossa atitude natural. São vivências que confundem por um lado a razão que visualiza a cirurgia como necessária e por outro, a emoção que não aceita a perda. Face ao sofrimento, a situação culmina com a compreensão de que a amputação é a melhor solução e, por isso, inevitável. E2- “Quando queremos fazer alguma coisa e as dores não nos deixam, é muito triste”. E7- “...acabou-se as feridas e com o meu sofrimento”. Os dados indicam que a maioria dos participantes já estavam cansados, na medida em que os tratamentos realizados não contribuíram para a melhoria da situação. A aceitação por parte destes esteve relacionada com a evolução da doença e com a consideração da amputação ser o último recurso para alívio dos seus sinais e sintomas. Assim, para acabar com o sofrimento e desta forma evitarem perdas maiores, a amputação parece ser aceite de forma resignada. E1- “A infeção já estava tão avançada que se eu esperasse mais um tempo, já não valia a pena a cirurgia”. E3- “Eu estava saturado de toda a situação”.

Foi possível ainda, neste estudo verificar o impacto causado pela notícia da amputação manifestado pelo choque, principalmente num dos participantes. A tristeza marcou, principalmente a primeira fase de reação ao processo de transição. Esta tristeza surge associada às dores, ao sofrimento e ao choque em si.

O sentimento de tristeza e de inércia do bem estar subjetivo da pessoa é sem dúvida uma das consequências resultantes da amputação, bem evidente numa das descrições de um participante ao mencionar que apresentou reações, das quais se destacaram sentimentos de revolta e choque, medo e recusa na aceitação da sua nova condição de vida, tendo chegado mesmo a equipará-la ao fim da sua vida. E4- “Na altura foi como se tivesse acabado o mundo, foi muito complicado; E4- “Não existem palavras que possam explicar o que senti”. Sugerem-nos que esta reação de “choque” é um período de perturbação, de incredulidade e negação da situação, que permite à pessoa criar um compasso de espera, para que desta forma, se integre o mais gradualmente possível na realidade crítica.

Os dados também nos indicam que a maioria dos participantes já estavam cansados, na medida em que os tratamentos realizados não contribuíram para a melhoria da situação. A aceitação por parte destes esteve relacionada com a evolução da doença e com a consideração da amputação ser o último recurso para alívio dos seus sinais e sintomas. A amputação parece ser aceite de forma resignada, numa tentativa de aliviar e eliminar a dor. E1- “A infeção já estava tão avançada que se eu esperasse mais um tempo, já não valia a pena a cirurgia”. Esta perspectiva, vivenciada pelos participantes, vai ao encontro dos achados partilhados por vários autores, nomeadamente, (Marques et al., 1991; Falé, Coelho e Brito, 2003; Chini, 2005).

Outro dado referido pelos participantes deste estudo é a sensação/dor fantasma. As pessoas amputadas fazem referência ao quão difícil é sentir uma parte do corpo já ausente, tornando-se por vezes incómodo viver com este “fantasma”, o que leva muitas vezes a questionarem-se sobre a veracidade do que estão a sentir. Sentiam, ainda durante algum tempo, uma parte do corpo que já não tinham, sendo difícil de entender, ainda mais porque tinham dor. E5- “Os primeiros tempos depois da amputação não foram fáceis, tinha

a sensação que tinha ainda a perna, mas com calma tudo correu bem, a força de vontade foi muito importante”.

O tema A pessoa com os outros, este reúne sentimentos e vivências que nos apontam para uma reflexão na experiência da amputação e que nos evidenciam a interação dos participantes com os outros, bem com as estratégias que foram usadas. Este tema emergiu das seguintes categorias: Mudança; Dificuldade no regresso a casa; Alteração da imagem corporal; Suporte Social e a Solidão/ Isolamento.

Nos dados obtidos, a maioria dos participantes parece aceitar as mudanças nesta fase crítica que constitui a readaptação à amputação. Para além das dores e do sofrimento, também se depararam com determinadas transformações, tendo alguns deles mencionado, inclusivamente, que houve alteração a nível laboral por não apresentarem condições necessárias para o exercício da sua profissão. E5 – “Em casa tive de enfrentar algumas dificuldades, pois eu fazia algumas coisas de agricultura e tive que deixar de fazer”; E6 – “Tinha uma profissão que eu adorava e infelizmente tive de a deixar de exercer”.

O regresso a casa, apesar de quase sempre desejado é sempre seguido de alguma tensão emocional devido às dificuldades com que o doente se irá deparar. Dada a incerteza, sendo esta a causa de grande ansiedade, o regresso a casa, é um processo contínuo e gradual que se deve iniciar na admissão do doente. Exige planeamento desde o início e envolvimento de toda a equipa de cuidados. O planeamento é um processo complexo que, exige uma adequada informação, de modo, a capacitar o doente/família à função de cuidar (Petronilho, 2007). Alguns dos participantes confirmam esta ideia, relatando a existência de alguns obstáculos na sua reintegração, tais como as barreiras arquitetónicas e físicas da sua habitação E3 – “Deparei com muitas dificuldades, a cadeira de rodas batia e raspava em tudo, principalmente nas portas (...) foi

complicado”. Estes impedimentos enfrentados no dia-a-dia da pessoa amputada, alterações no seu quotidiano tendo em vista a adaptação à nova condição de vida, foram também dados que emergiram em vários estudos (Ferreira, 2005; Ferreira, 2006).

Em relação ao corpo, este assume-se como uma identidade una com a pessoa e apresenta-se como algo indispensável na vida. Assume-se normalmente como deficiente a pessoa que apresente algum problema visível no corpo, na maioria das vezes no aparelho locomotor. Uma amputação é vista como uma “imperfeição” e os seus portadores são, classificados como deficientes. A própria pessoa também tem uma autoimagem, a “Identidade do Eu” que segundo Goffman (1998), é usualmente concebida com os elementos que o senso comum emprega para formar o quadro de identidade pessoal. No decorrer da análise dos dados, obtivemos uma certa ambivalência de sentimentos. Por um lado, tivemos testemunhos, nos quais os participantes expressam sentimentos de conforto, referindo estar bem, ajustando-se ao seu corpo alterado. Por outro lado, tivemos testemunhos, através dos quais um dos participantes expõe sentimentos de desconforto em relação ao seu corpo, dizendo que ainda hoje tem alguma dificuldade em expor o corpo, ou seja, em contexto social, nomeadamente na praia. E2 – “Quando nos dizem que temos de ser amputados, o que nos vem logo à cabeça é que não vamos fazer mais nada, que ficamos defeituosos”; E6 – “A nossa imagem não vai ser a mesma”.

O papel que o outro assume na vida de qualquer ser humano e a influência que as relações sociais desempenham no comportamento humano, no bem-estar e na saúde do indivíduo são de extrema importância (Oliveira 1998). O ser humano é por si só um ser em relação. Inevitavelmente, no decorrer de todo o processo estas pessoas estabelecem relações com as pessoas inseridas neste contexto. Primeiramente, importa lembrar que a pessoa está integrada num sistema familiar único e que a partir do momento

em que um dos elementos é vítima de uma incapacidade, ocorre frequentemente uma alteração na dinâmica familiar que exige um restabelecimento de funções.

De uma forma geral, os participantes são unânimes em reconhecer que a ajuda por parte dos familiares foi fundamental em todo o processo da amputação, foi um elemento chave no seu processo de readaptação, da sua nova condição. A percepção da ajuda desempenha um papel essencial para que estas pessoas possam iniciar a aceitação da perda e enfrentar os obstáculos físicos e relacionais normais de quem sofreu uma perda física. É clara a necessidade de apoio, carinho, compreensão por parte dos familiares e amigos, não só em relação aos problemas decorrentes da aparência física mas também em relação à própria doença. E2 – (...) “A ajuda da minha família que sempre foi incansável para que eu me sentisse bem foi sem dúvida a melhor ajuda que alguém pode ter, são sem dúvida os nossos familiares que nos dão força. Até o dia de hoje tenho de agradecer a todos”; E3 – “Sem dúvida que a minha mulher foi muito importante, sem ela não sei se teria ultrapassado como ultrapassei”; E4 – “A minha filha e a minha mulher foram um dos meus pilares”.

Os dados mostram que o apoio prestado pelos enfermeiros permitiu aos participantes olharem para além das suas limitações físicas, através da presença incondicional da escuta ativa e do toque terapêutico. Estes dados, obtidos por nós, também foram notados no estudo realizado por Ferreira (2006). O apoio é sentido pelos participantes, através de simples gestos, como uma palavra, um afeto, ou um carinho. Duarte e Serafim (2005) afirmam que um olhar, uma palavra, um afeto pode em momentos privilegiados construir formas valiosas de apoio. E1 – “No que diz respeito à equipa de enfermagem e médica são muito boas, fui sempre bem recebido por todos, estão sempre prontos para me receber e ajudar na resolução dos meus problemas”; E2 – “(...) tenho de agradecer muito aos médicos, aos

enfermeiros, aos auxiliares”; E3 – “A equipa médica e a de enfermagem foram muito importantes para mim porque me ajudaram muito a ultrapassar os momentos mais difíceis, em que eu me ia mais a abaixo”; E4 – “(...) quer pela equipa médica quer pela de enfermagem, foram muito importantes no meu processo de reabilitação”. Neste contexto, não são raras as vezes que os doentes sentem medo da opinião dos outros e de não serem aceites devido à sua nova condição, o que origina muitas vezes, o isolamento social.

A pessoa no futuro, este tema emergiu das seguintes categorias: Utilidade/Inutilidade; Sucesso/Reabilitação e Aceitação/Adaptação. Da análise dos dados, certificamos uma certa ambivalência de opiniões. Houve participantes que sentiram grande dificuldade em voltar ao trabalho, pois mencionaram que houve uma alteração a nível profissional, quer pelo facto do anterior trabalho não apresentar as condições necessárias para o exercício laboral da pessoa com deficiência, quer por ser mais complicado arranjar trabalho com esta deficiência, necessitando de estar algum tempo de baixa médica. Mas também houve testemunhos que só estiveram ausentes do trabalho por determinado período. Dois dos participantes consideraram que a integração profissional foi fácil para eles, porque mantiveram a mesma profissão que exerciam antes da cirurgia, já que o trabalho tinha acessos fáceis. E3 – “Hoje trabalho em casa, embora não seja como antes, trabalho na agricultura; faço jardinagem (...) até ajudo os meus vizinhos”; E5 – “ (...) tinha de me ambientar, não foi fácil, tinha uma vida profissional, era bombeiro sapador”. De acordo com vários autores o homem é particularmente livre e capaz de fazer escolhas, tomar decisões e, pela sua determinação, fazer-se a si próprio, sendo fonte infinita de possibilidades, capaz de viver de acordo com os seus valores, crenças, procurando sempre o sentido da sua existência. Sartre (2001), e Guimarães Lopes (1982), citados por Apóstolo e Gameiro (2005). Validando o descrito, Oliveira (2004)

referem que, uma das coisas que mais ajuda as pessoas a vencerem os seus medos é o regresso ao trabalho, é o estar mais tempos ocupados, pois mantêm-lhes a mente ocupada, não se focando assim, única e exclusivamente, na sua condição, o que lhes permite uma mais fácil adaptação às suas alterações corporais.

Nos dados apresentados podemos constatar que, na maioria dos casos, os participantes conseguiram ultrapassar as dificuldades e superar a situação com sucesso, aparecendo destacado o processo de reabilitação. Referem que os enfermeiros de reabilitação assumem um papel relevante e decisivo na recuperação ou manutenção do seu estado de saúde, notando-se um reconhecimento por parte deste. E1 – “Penso que me ajudou a recuperar mais depressa. Foram-me ensinadas algumas técnicas que me ajudaram a ultrapassar alguns problemas”; E3 – “A reabilitação foi sem dúvida o que me ajudou a ultrapassar as dificuldades”. (...) “As coisas que me ensinaram foram importantes a ultrapassar as barreiras que encontramos”. Reabilitar a pessoa submetida a amputação do membro inferior, significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, familiar e social, em função das suas limitações fisiológicas, anatómicas e ambientais. O enfermeiro de reabilitação durante o internamento tem a responsabilidade de promover intervenções específicas, em virtude destas serem fundamentais para a preparação do regresso a casa (Ferreira, 2005). Têm capacidades e competências para intervir tanto ao nível da família como sociocomunitário. As pessoas amputadas com osteíte vivenciam grandes emoções que influenciam a sua vida, são sem dúvida os enfermeiros, especialmente os de reabilitação, que tem a preparação do regresso a casa. Deste modo, desempenham um papel crucial na recuperação, devendo promover a prevenção de complicações e tratamentos para aumentar o seu grau de independência e facilitar o seu convívio significativo, a aquisição de competências para o papel de

cuidador.

Apesar do esforço em manter o rigor ao longo de todo o processo de investigação, como sabemos, nenhum estudo está imune a dificuldades. Deste modo, a avaliação dos achados não pode deixar de ter em conta algumas limitações da investigação realizada, impondo prudência na sua interpretação.

Uma das limitações ao nosso estudo, é o facto desta pesquisa ter como objetivo de estudo as vivências de pessoas amputadas por osteíte, que é um assunto muito amplo, abrangente e, ao mesmo tempo, subjetivo e complexo, intrínseco à individualidade de cada ser humano.

Outra possível limitação radica no facto do estudo ter só incluído as vivências e sentimentos dos homens submetidos a amputação, mas como já referido, são estes os que mais predominam e os que obedeciam aos critérios inicialmente propostos.

A inexperiência como investigador pode ser apontada como outra das limitações, que se verifica quer na realização e condução das entrevistas, que poderiam ser mais enriquecedoras, quer na análise das informações.

## CONCLUSÃO

Levando-se em consideração as questões levantadas do que é ser amputado e como é o seu quotidiano e ainda em conformidade com os objetivos deste estudo, com as leituras complementares realizadas buscou-se um aprofundamento das vivências da pessoa amputada por osteíte.

Podemos concluir que a perda de um membro leva a consequências psicológicas complexas. A perda experienciada não é apenas do membro corporal, mas também da função, do papel e do significado daquela parte do corpo na vida da pessoa.

Mesmo considerando as limitações deste estudo (destacadamente a limitação da amostra), os achados encontrados podem ajudar na compreensão da vivência da pessoa amputada. Em especial quando os

entrevistados relatam a importância de acompanhamento multiprofissional após a amputação.

Os participantes mostraram que viver uma amputação é triste, difícil, doloroso, porém, apesar de todas as dificuldades e sofrimento, não se deixam abater, a cirurgia é incorporada ao existir e, como parte dele, é aceite, mas não desejada. Compreender esse momento é essencial para que o profissional de saúde desempenhe as suas atividades de modo mais efetivo e completo. Olhar a pessoa amputada, a partir da sua perspectiva, permite um cuidar direcionado à singularidade da pessoa e à unicidade da experiência por ela vivida. A enfermagem necessita despertar para o que vai além da dimensão biológica, pois o objetivo da profissão é o cuidar, este deve ser executado de modo que ganhe amplitude na vivência.

Neste contexto, desenvolver e aprofundar conhecimentos consistentes com as necessidades específicas das pessoas dependentes e dos membros da família prestadores de cuidados pode ser um elemento decisivo na qualidade do exercício profissional dos enfermeiros em geral, e dos enfermeiros especialistas de reabilitação em particular, constituindo uma oportunidade única de serem mais significativos para as pessoas. O conhecimento mais aprofundado, destas situações, poderá permitir uma abordagem mais proativa da problemática, favorecendo, no futuro, um campo de intervenções preventivas e de cuidados individualizados, promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/ doença e ou incapacidade, com ganhos em saúde, e uma melhoria contínua da qualidade de cuidados e da qualidade de vida destes doentes.

Neste sentido, com a presente investigação estamos convictos que o desenvolvimento deste estudo constituiu uma experiência gratificante e enriquecedora, permitindo dar o nosso contributo para ampliar os conhecimentos da disciplina de Enfermagem. Porém, estamos

cientes que o conhecimento científico é pela sua própria natureza um processo incompleto, uma vez que ao respondermos a determinadas questões, emergem sempre novas inquietudes que procuramos conhecer. No entanto, a procura de novos conhecimentos constitui não só importância para o desenvolvimento da profissão mas, fundamentalmente, benefício para os que são alvo dos cuidados. A realização deste estudo veio alargar horizontes, facultando-nos respostas e alertando para determinados aspetos de relevância. Assim sendo, neste momento, consideramos pertinente expor algumas sugestões a diferentes níveis. No que concerne ao campo da investigação, sugerimos a realização de outros estudos em contextos e âmbitos diferentes que, ao longo desta investigação, nos despoletaram o interesse.

Ficou clara a importância da natureza das transições para se perceber as vertentes em que se torna evidente a necessidade de intervir enquanto enfermeiros especialistas de reabilitação, com a perspectiva de um cuidar holístico como facilitador de dinâmicas de gestão da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, fundamental para a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas desta área clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, A (2016). A capacidade funcional e o perfil de autocuidado da pessoa com amputação do membro inferior. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- CHINI, G. C. O. (2005) - A amputação sob uma perspectiva fenomenológica. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Dissertação de mestrado, Brasil.
- FALÉ, M. J. M. M, COELHO, N. P, BRITO, Z. M. M. (2003). O doente amputado do membro inferior. Revista Sinais Vitais, nº 47, pp.45-48.
- FERREIRA, P. (2005). Algumas

considerações para a compreensão da ansiedade perante a doença terminal. *Revista Sinais Vitais*, nº 58, p. 41-45.

FERREIRA, S. C. (2005). Aspectos psicossociais da deficiência física adquirida (DFA): dependência/Independência de pacientes amputados de extremidades Inferiores. Trabalho de conclusão do curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Manaus, Manaus, Brasil.

FERREIRA, R. (2006) – Vivências de pessoas submetidas a amputação do membro inferior por etiologia vascular – uma abordagem fenomenológica. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra

GOLUBOVIĆ I. et al. (2016). Results of open tibial fracture treatment using external fixation. *Srp Arh Celok Lek.*, 144(5-6):293-299. doi: <http://10.2298/SARH1606293G>

GOFFMAN, Erving (1998) – Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara.

GREEN, Carol – Doenças Infecciosas e terrorismo biológico. In PHIPPS, Wilma J. [et al]. (2010) – Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença. 8ª ed. Loures: Lusodidacta.

HARRIS, A. M., ALTHAUSEN, P. L., KELLAM, J., BOSSE, M. J., & CASTILLO, R. (2009). Complications Following Limb-Threatening Lower Extremity Trauma. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 23(1), 1–6. doi: <http://10.1097/bot.0b013e31818e43dd>

HUSEBYE EE, LYBERG T, OPDAHL H, ASPELIN R, STOEN RO, MADSEN JE, et al. (2012). Intramedullary nailing of femoral shaft fractures in polytraumatized patients. a longitudinal, prospective and observational study of the procedure-related impact on cardiopulmonary- and inflammatory responses. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.*, 20(2):1-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22221511>. DOI:10.1186/1757-7241-20-2

LOUREIRO, Luis (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica

em enfermagem: crítica, estratégias e possibilidades. *Revista de Enfermagem Referência.. II Série*, nº 2, p. 21-30.

MARQUES, A. Reis [et al.] (1991). O doente amputado: reações emocionais à amputação. In: *Reações emocionais à doença grave: como lidar...* 1ª ed. Coimbra: Psiquiatria Clínica, nº 1. p. 50 – 57.

OLIVEIRA, Rui (1998) – Do vínculo ao suporte social: aspectos psicodinâmicos em sujeitos com deficiências físicas adquiridas. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, Coimbra.

OLIVEIRA, Rui Aragão (1998) – Do vínculo ao suporte social: aspectos psicodinâmicos em sujeitos com deficiências físicas adquiridas. Dissertação de Doutoramento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação [Em linha]. Lisboa : OE [Consult. 21 Jan. 2013]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)>.

PETRONILHO, F.A.S. (2007). Preparação do Regresso a Casa. Coimbra, Portugal: Formação e Saúde, Lda. .

RENAUD, Maria Isabel (2006). Da finitude e fragilidade humana. In: *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. N.º 20.

RESENDE, M. [et al.] (2007) – Rede de relações e satisfação: com a vida em pessoas com amputação dos membros. [Em linha]. Minas Gerais: Centro Universitário do Triângulo. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cienciasecognição.org>>.

SÉRGIO, J. Silveira (2005) – Fundamentos de orto-traumatologia: para técnicos de saúde. 1º ed. Camarate, Portugal: Lusociência.



# PERCEÇÃO DOS CUIDADORES ACERCA DA INTERVENÇÃO DA EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA EM AGONIA

Ana Fernandes<sup>(1)</sup>; Manuela Cerqueira<sup>(2)</sup>



## Resumo

**Introdução:** Cuidar da pessoa em agonia no domicílio na sua multidimensionalidade, exige à família/cuidador, capacidade auto-organizativa, dado o doente necessitar de ajuda total na satisfação das necessidades humanas básicas. Conforme, se aproxima o momento da morte, os cuidadores ficam mais fragilizados, necessitando de acompanhamento e orientações de equipas comunitárias de cuidados paliativos.

**Objetivo:** Analisar a perceção do cuidador relativamente às intervenções da equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, para poder cuidar do doente em agonia no domicílio.

**Metodologia:** abordagem qualitativa, perspetiva fenomenológica, entrevista semiestruturada dirigida a cuidadores que prestaram cuidados à pessoa em agonia no domicílio na região do Alto Minho de Portugal. Análise de conteúdo segundo Bardin (2011), como procedimento para a análise dos dados. Os procedimentos ético-moral foram respeitados.

**Resultados:** Os cuidadores necessitam de apoio/acompanhamento da equipa de suporte em Cuidados Paliativos, na medida em que, proporcionam respostas efetivas às necessidades presentes, fornecem segurança, material de apoio e validam os cuidados prestados pelo cuidador. A comunicação é realçada como uma poderosa estratégia para o desenvolvimento de uma relação de confiança e para o estabelecimento de interações consistentes.

**Conclusão:** A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos proporciona um cuidar de toda a unidade familiar, dando uma resposta às reais necessidades.

**Palavras chave:** pessoa em agonia, cuidador, domicílio, cuidados paliativos

## Abstract

### CAREGIVER'S PERCEPTION ABOUT THE COMMUNITY SUPPORT TEAM'S INTERVENTION IN PALLIATIVE CARE TO THE PERSON IN AGONY

**Introduction:** Caring for the person in agony at home in its multidimensionality, requires the family / caregiver, self-organizing ability, since the patient needs total help in meeting basic human needs. As the moment of death approaches, caregivers become more fragile, requiring follow-up and guidance from community palliative care teams.

**Objective:** To analyze the caregiver's perception regarding the interventions of the community support team in palliative care, in order to be able to care for the patient in agony at home.

**Methodology:** qualitative approach, phenomenological perspective, semi-structured interview directed to caregivers who provided care to the person in agony at home in the Alto Minho region of Portugal. Content analysis according to Bardin (2011), as a procedure for data analysis. Ethical-moral procedures were respected.

**Results:** Caregivers need support / follow-up from the support team in Palliative Care, as they provide effective responses to present needs, provide security, support material and validate the care provided by the caregiver. Communication is highlighted as a powerful strategy for developing a relationship of trust and for establishing consistent interactions.

**Conclusion:** The Community Palliative Care Support Team provides care for the entire family unit, responding to real needs.

**KEY-WORDS:** person in agony, caregiver, home, palliative care

## Resumen

### PERCEPCIÓNDELA CARRERASOBRELAINTERVENCIÓNDELEQUIPODEAPOYOCOMUNITARIOENLAATENCIÓNPALIATIVA A LA PERSONA EN AGONIA

**Introducción:** Cuidar a la persona en agonía en el hogar en su multidimensionalidad, requiere la capacidad de autoorganización de la familia / cuidador, ya que el paciente necesita ayuda total para satisfacer las necesidades humanas básicas. A medida que se acerca el momento de la muerte, los cuidadores se vuelven más frágiles y requieren seguimiento y orientación de los equipos comunitarios de cuidados paliativos.

**Objetivo:** analizar la percepción del cuidador con respecto a las intervenciones del equipo de apoyo comunitario en cuidados paliativos, para poder atender al paciente en agonía en el hogar.

**Metodología:** enfoque cualitativo, perspectiva fenomenológica, entrevista semiestruturada dirigida a cuidadores que brindaron atención a la persona en agonia en el hogar en la región de Alto Minho de Portugal. Análisis de contenido según Bardin (2011), como procedimiento para el análisis de datos. Se respetaron los procedimientos ético-morales.

**Resultados:** Los cuidadores necesitan apoyo / seguimiento del equipo de apoyo en Cuidados Paliativos, ya que brindan respuestas efectivas a las necesidades actuales, brindan seguridad, material de apoyo y validan la atención brindada por el cuidador. La comunicación se destaca como una estrategia poderosa para desarrollar una relación de confianza y para establecer interacciones consistentes.

**Conclusión:** El Equipo de Apoyo de Cuidados Paliativos de la Comunidad brinda atención a toda la unidad familiar, respondiendo a necesidades reales.

**Palabras clave:** persona en agonía, cuidador, hogar, cuidados paliativos.

Submetido em Março 2020. Aceite para publicação em Abril 2020

(1)Mestre em Cuidados Paliativos; Enfermeiro na UCP, ana-fernandes@hotmail.com

(2)Manuela Cerqueira; Doutora em Enfermagem, área de especialidade Cuidados Paliativos, Prof. Adjunta na ESS/IPVC; Nursing UICISA: E Cluster of the Health School of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo à Health Sciences Research Unit: Nursing UICISA: E Nursing school of Coimbra – Portugal; email: manuelaacerqueira@ess.ipvpc

## INTRODUÇÃO

À medida que a doença vai progredindo, o estado da pessoa doente evolui para uma situação de deterioração generalizada, aproximando-se da morte. Mas embora, esta seja inevitável, o que é facto é que a sua aceitação é difícil. Desta forma, para o familiar/ cuidador, enfrentar a pessoa em agonia provoca uma multiplicidade de emoções e sentimentos, bem como, stress causando assim, um grande impacto na sua saúde. Importa salientar, que o estado agónico, corresponde a um estágio irreversível que tem lugar nos últimos dias ou horas de vida, podendo excepcionalmente estender-se até 12 dias (Braga [et al.], 2017).

De acordo com Neto (2016), o doente agónico, é aquela cuja sobrevida é calculada em dias ou horas, com sustentação na sintomatologia e evidência clínica que apresenta no momento. Realça-se, que o facto da percepção que a morte está próxima, os cuidadores enfrentam mudanças inesperadas e indesejáveis nas suas vidas e relacionamentos e vão, conseqüentemente, vivenciando o processo de luto (Holm [et al.], 2014)

Para o profissional de saúde também é difícil lidar com doente, família e cuidador, pelo facto de ser difícil realizar a gestão dos sintomas. Num estudo realizado na Bélgica (2012), que abrangeu doentes que decidiram morrer em casa e que foram acompanhados pelo seu médico de família, os profissionais de saúde referiram que alguns sintomas foram difíceis de controlar na última semana de vida (Leemans [et al.], 2012). É de realçar, que alguns destes sintomas podem estar relacionados com episódios agudos, sendo por isso, essencial identificar corretamente os sinais clínicos de agonia. Segundo Neto (2016), entre eles podemos verificar:

- Degeneração progressiva do estado físico da pessoa, marcado por astenia, sonolência, diminuição do estado de consciência, confusão, encontrando-se confinado ao leito;
- Dificuldade na deglutição tanto de alimentos sólidos como líquidos, associando

astenia e alteração do estado de consciência;

- Diminuição do apetite e recusa alimentar;
- Falência de órgãos, manifestando-se em oligúria/anúria, hipotensão, edemas periféricos, “estertor”, alterações respiratórias, acompanhando-se de alterações da coloração da pele (livores), alteração da temperatura corporal ou até ausência de controlo esfíncteriano;
- Sintomas psicológicos e emocionais como medo e aflição, estando, muitas vezes, associada a percepção da proximidade do momento da morte (pode ser verbalizada ou não).

É necessário que o profissional de saúde ajude as famílias a experienciar esse momento com serenidade e para isso, necessita de ser flexível na adaptação às necessidades próprias deste novo período, apoiando-as, para que elas possam vivenciá-lo como uma fase natural do ciclo da vida (Paiva, 2012). Deste modo, os profissionais de saúde têm um papel preponderante relativamente à orientação do cuidador informal porque, sendo esta fase marcada por alterações específicas, deve-se atempadamente, esclarecer sobre a mudança nos objetivos e plano terapêutico (Santos, 2011). O trabalho a desenvolver junto das famílias deverá ser o resultado colaborativo da equipa multidisciplinar, podendo haver necessidade de recorrer a algumas técnicas como: controlo da dor, domínio da técnica de hipodermóclise, tratamentos de lesões malignas cutâneas, técnicas de comunicação terapêutica, cuidados espirituais, cuidados de higiene, medidas de conforto, manutenção da esperança (Paiva, 2012).

Podemos, então, salientar que os principais pilares da intervenção na pessoa em agonia passam por assegurar um bom controlo sintomático, pela revisão e apropriação do regime terapêutico e pelo fortalecimento do apoio à família/cuidadores informais.

Neste contexto foi conduzido o processo de investigação com o seguinte objetivo: Analisar a percepção do cuidador relativamente às intervenções da equipa comunitária de

suporte em cuidados paliativos, para poder cuidar do doente em agonia no domicílio.

Enquadramento: Os cuidados de saúde tiveram origem nas famílias e o envolvimento destas no processo de doença era um acontecimento natural. A proteção dos membros da família, entre outros aspetos, refere-se às necessidades mais básicas da pessoa e fortifica-se com o aumento dos perigos que põem em causa a sobrevivência dos seus elementos, como por exemplo, na doença.

O cuidar de uma pessoa doente, ao longo da evolução da doença, nas sociedades atuais, é quase sempre um encargo familiar, sobretudo quando a doença está numa fase mais avançada. O envolvimento familiar nos cuidados deve ser estimulado, pois, ao fazê-lo, está a fortalecer-se a coesão dos seus elementos e, ao mesmo tempo, a possibilitar que a pessoa doente sinta que mantém o seu papel, partilhando com aqueles que lhe são importantes os seus últimos dias.

Alguns autores nomeiam várias e distintas motivações e objetivos que levam um familiar a cuidar informalmente de outrem em situação de doença, geralmente quando existe maior nível de dependência. Todas as motivações existentes vão de encontro a um dos mais importantes objetivos dos cuidados paliativos: proporcionar a maior qualidade de vida possível ao doente e à sua família (Aparício, 2008). Contudo, torna-se necessário clarificar o próprio conceito de qualidade de vida. Esta, implica um conjunto de especificidades inerentes a cada situação, já que esta poderá estar relacionada com a capacidade de satisfação das necessidades humanas básicas ou com um estado de realização pessoal e espiritual de cada pessoa. Segundo Vecchia et. al (2005), a qualidade de vida acompanha o bem-estar físico, social, psicológico e espiritual. O bem-estar físico encontra-se relacionado com a atividade funcional, força ou cansaço, sono e descanso, dispneia, dor, entre outros sintomas; o bem-estar social está associado ao desempenho de papéis e relações

estabelecidas, atividade sexual, isolamento, trabalho, situação económica; o bem-estar psicológico relaciona-se com os afetos, autoimagem, possibilidade de controlo, ansiedade e medo, depressão, conhecimento da doença, do tratamento e do prognóstico; o bem-estar espiritual acompanha o significado da doença, a esperança, a transcendência, a incerteza e crenças religiosas/espirituais/pessoais, isto é, a vida na sua globalidade (World Health Organization, 1997). Sendo assim, a qualidade de vida do doente paliativo também está relacionada com o local escolhido para receber os cuidados, neste caso o domicílio.

As atitudes dos cuidadores face ao doente paliativo no domicílio variaram ao longo dos tempos, atendendo aos contextos sociais, económicos, filosóficos e religiosos. Cabe, deste modo, aos cuidadores ajudar na satisfação das necessidades básicas da pessoa em cuidados paliativos, como por exemplo: a alimentação, a hidratação, os cuidados de higiene, a administração de medicação (em que é necessário conhecimento sobre efeitos secundários), o acompanhamento ao hospital, o suporte económico, entre outros, uma vez que estes doentes perdem muitas vezes a sua autonomia, principalmente na fase terminal. Esta fase, que inclui a agonia, últimos dias ou horas de vida, reveste-se de um significado especial para a família. Para muitas é sinónimo de sofrimento para a pessoa, como, por exemplo, pela incapacidade de ingerir alimentos, de comunicar. É importante desmistificar este sentimento, pois, na grande parte das situações, os momentos finais são tranquilos (Neto, 2016).

Cuidar de uma pessoa em cuidados paliativos no domicílio exige das famílias/cuidadores um esforço suplementar. Tal como a pessoa doente se tem de ajustar e adquirir novas competências que lhe permitam adaptar-se à sua situação de doença, também a família tem de sofrer este processo de adaptação. O confronto com a morte exige-lhes uma capacidade de suportar os medos e os

sentimentos de frustração pela impossibilidade curativa. Segundo Correia (2017), existem três fases de adaptação do cuidador ao seu novo papel: a aquisição do papel, em que há compreensão da necessidade de assumir esta função, as obrigações e responsabilidades associadas; a assunção do papel, em que há a execução de tarefas referentes à nova função, podendo ou não haver uma articulação com o apoio formal; a libertação do papel, em que há um término da prestação dos cuidados maioritariamente assinalada pela morte da pessoa doente e posteriormente com adaptação da vida após este acontecimento.

Deste modo, se a pessoa doente tem de encarar a sua doença, também o cuidador tem de enfrentar toda esta situação, não esquecendo que por vezes, é este o primeiro a deparar-se com todas as intercorrências inerentes aos últimos dias/horas de vida, ficando exposta a sentimentos e emoções e a novas tarefas que terá de assumir.

A morte é um processo natural e inevitável. Cuidar em cuidados paliativos implica preparar a família/cuidador para a inevitabilidade da morte como uma fase fisiológica do ciclo vital

Em toda a intervenção junto da família, deve-se ter presente as suas dificuldades, medos e necessidades, tendo sempre presente que a tranquilidade da família se repercute diretamente no bem-estar do doente (Aparício, 2008).

Sequeira (2010) preconiza que a intervenção inerente aos cuidadores familiares tem particularidades nas várias fases da doença. Na primeira fase, devem prevalecer as ações na área da informação, instrução e promoção de habilidades e competências, enquanto que, na segunda fase, devem predominar as ações individuais através de planos específicos, como resolução de problemas, gestão do comportamento, técnicas de relaxamento, entre outros, facilitando, deste modo, a obtenção de aptidões para intervir em questões comportamentais e minimizar a sobrecarga emocional.

A família/cuidador principal, podendo

estar sujeita a sobrecarga de cuidados, anseia descobrir respostas adequadas às suas necessidades, de forma a conseguir assegurar cuidados de saúde e sociais com a máxima qualidade e dignidade ao seu familiar/amigo (Ferreira, 2009).

Ajudar a encontrar o sentido da vida é uma das missões de quem presta cuidados paliativos, incluindo o doente e a família em todas as decisões inerentes aos cuidados prestados, tentando promover a aliança terapêutica entre a equipa de saúde, o doente e a família. Esta aliança, que se baseia na honestidade entre todos os intervenientes, só é possível se os profissionais de saúde envolvidos tiverem a capacidade em lidar com os desafios existentes na área da comunicação em cuidados paliativos (Pazes [et al.], 2014).

Assim, a família terá também de acolher em sua casa a equipa de cuidados domiciliários que a auxiliará, fornecendo o suporte informativo, social e emocional de que esta precisa. Não será só a família que será ajudada pelos profissionais de saúde: a família terá também um importante papel de ajuda aos profissionais de saúde, com quem colaborará nos cuidados e a quem transmitirá as suas experiências, emoções, medos e conhecimentos que levarão estes a um crescimento (Fernandes, 2016).

Em síntese família/cuidador deve ser sempre integrada nos cuidados ao doente em agonia constituindo uma tríade - doente, família/cuidador, equipa de saúde. Neste sentido, surge a necessidade de novas intervenções em cuidados paliativos domiciliários de forma a responder aos desafios atuais e do futuro, representadas pelo rápido envelhecimento populacional e com o aumento da complexidade e crescente necessidade de cuidados do doente/família paliativo no domicílio.

Questão de investigação: Qual a perceção do cuidador relativamente às intervenções da equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, para poder cuidar do doente em agonia no domicílio?

Metodologia: A problemática deste estudo

e a questão de investigação delineada, a metodologia desta investigação é qualitativa. Segundo Fortin (2009, pp. 29), esta examina um fenómeno do ponto de vista mais naturalista e é mais dirigida à compreensão, onde se estudam "...as coisas no meio natural e interpreta os fenómenos baseando-se nos significados que os participantes dão a estes mesmos fenómenos". A investigação qualitativa privilegia a descrição, a indução e o estudo das percepções pessoais, destinando-se essencialmente, a favorecer todos os elementos que permitam enveredar por novas pistas de pesquisa (Bardin, 2011).

Para Chizzotti (2006), a abordagem qualitativa está direcionada para uma pesquisa que, usando ou não quantificações, compreende a interpretação do sentido do acontecimento a partir do significado que os participantes atribuem ao que falam e fazem. Sampiéri, Collado & Lucio (2006, p.15) defendem que esta possibilita a proximidade do investigador com o participante do estudo, favorecendo a "profundidade aos dados, a dispersão, a riqueza interpretativa, a contextualização do ambiente, os detalhes e as experiências únicas".

A opção pela abordagem qualitativa, assentou assim, no facto, de se pretender descrições detalhadas dos participantes do estudo, para assim compreendermos as suas interpretações relativamente às vivências.

#### Tipo de estudo

Perspetiva fenomenológica, pelo facto de compreender uma "abordagem indutiva que tem por objeto o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas" (Fortin, 2009, p. 36).

Spiegelberg (1965), referido por Streubert & Carpenter (2013, p. 64), lembra que o estudo fenomenológico investiga fenómenos subjetivos, porque as verdades essenciais acerca da realidade estão sedimentadas na experiência vivida, ou seja, "o que é importante é a experiência como ela se apresenta e não como alguém pensa ou diz disso".

## CONTEXTO DE ESTUDO

O contexto onde a colheita de dados foi realizada encontra-se também inerente ao desenho de investigação (Fortin, 1999) e, na presente situação, está em estreita articulação com os objetivos definidos, pois os dados foram recolhidos junto dos cuidadores acompanhados por uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do Alto Minho.

Ter acesso aos fenómenos, Husserl aponta para uma atitude fenomenológica, ou seja, uma atitude que envolva uma reflexão do mundo vivido (Cohen [et al.], 2000).

#### Participantes

Na impossibilidade de estudar esta população na totalidade procuramos um grupo representativo que estivesse limitado a um lugar, região, cidade, instituição, tal como defende Fortin (2009). Sendo assim, a população alvo é constituída por cuidadores de pessoas que se encontraram em fase agónica no domicílio na região do Alto Minho.

Para critérios de inclusão dos sujeitos participantes, de forma a criar um grupo homogéneo, foram considerados:

- Cuidadores do Alto Minho acompanhados por uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos;
- Cuidadores que prestaram cuidados a uma pessoa em agonia no domicílio;
- A pessoa que estava a ser cuidada ter falecido há cerca de um mês.

Salienta-se que, na escolha dos cuidadores informais para levar a cabo esta investigação, se excluíram aqueles com quem a investigadora teve previamente contacto, a fim de evitar eventuais influências que pudessem resultar de relações de maior proximidade.

A seleção dos participantes em estudo, seguiu uma metodologia não probabilística, com uma amostragem por seleção racional, onde há "uma escolha de sujeitos apresentando características típicas" (Fortin, 2009, p. 210). Os sujeitos do estudo foram selecionados intencionalmente atendendo à riqueza dos casos, pois, em pesquisas de natureza

qualitativa, a questão da representatividade da amostra não se coloca, mas sim compreender as vivências das pessoas carregadas de subjetividade. Assim, participaram no total oito cuidadores informais, pertencentes à área geográfica do Alto Minho.

Os 8 cuidadores que participaram no estudo, são do sexo feminino. As idades estão compreendidas entre os 36 e os 65 anos, sendo que 37,5% dos cuidadores entrevistados têm idades compreendidas entre os 36 e os 45 anos, 37,5% entre 46 e os 55 anos e 25% entre os 56 e os 65 anos.

Na área das habilitações académicas, 12,5% dos cuidadores tinham completado o 4º ano de escolaridade, 12,5% o 6º ano, 25% o 9º ano e 12,5% tinham licenciatura. A maioria dos cuidadores, com cerca de 37,5%, tinha o 12º ano.

Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa que estava a ser cuidada no domicílio, a percentagem mais significativa corresponde a filhas (50%). Os restantes eram nora, neta, amiga e irmã.

Quanto ao número de habitantes na residência onde foram prestados os cuidados, verificou-se que em 50% das habitações, residiam 3 pessoas, em 37,5% viviam 4 pessoas e em apenas 12,5%, 6 pessoas.

## **INSTRUMENTO DE RECOLHA**

De forma a compreendermos as experiências vivenciadas pelos cuidadores, a nossa opção recaiu pela entrevista semiestruturada, na medida em que esta permite e favorece a descrição das experiências de certa forma controlada, garantindo assim, uma maior homogeneidade dos dados. Segundo Fortin (1999, p.247), neste tipo de entrevista utiliza-se um guião, o qual “apresenta as grandes linhas a explorar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões”.

Realça-se que foram efetuados todos os procedimentos éticos e legais de forma a garantir o rigor do estudo. No início de cada entrevista foram explicados e apresentados os objetivos do estudo, garantia-se a

confidencialidade e o anonimato, pedia-se autorização para a gravação da entrevista e referíamos que se entendessem parar, ou suspender a entrevista o poderiam fazer. As entrevistas foram realizadas no domicílio do cuidador ou noutra local à escolha do mesmo, pois o ambiente onde é realizada a recolha de dados poderá ter influência na informação obtida.

Realizadas as entrevistas, procedeu-se à sua transcrição que possibilitou ter um suporte para posterior análise. Além de registar as declarações dos cuidadores, também foram anotados alguns dos comportamentos relacionados com a comunicação não verbal, com a finalidade de controlar a subjetividade, uma vez que há determinados comentários que são acompanhados de sentimentos e expressões faciais que não poderão ser gravados, mas que são de valorizar e alvo de interpretação, como, por exemplo, o choro.

### **Procedimento de Análise de Dados**

Atendendo ao referencial teórico proposto por Cohen, Kahn & Steeves (2000) consubstanciamos a análise da informação da seguinte forma:

1º Efetuamos a análise no contexto da pesquisa - no momento da recolha dos dados. procuramos estar atento a tudo o que a pessoa manifestava, bem como, à comunicação não verbal, de forma a perceber os significados. Realizamos apontamentos da comunicação não verbal e procedemos a uma primeira interpretação dos dados.

2º Transformação dos dados ou redução dos dados. Nesta etapa tomamos decisões, ou seja, procuramos decidir o que é relevante ou não para o estudo. Para isso, a partir dos discursos dos informantes, eliminamos aspetos que se desviavam dos objetivos do estudo e passamos a analisar o texto linha a linha, fase fundamental para a análise do tema.

3º Após termos a compreensão do texto na sua globalidade, os dados foram analisados linha-a-linha e todos os extratos foram identificados e categorizados por temas. É através dos dados que se reconhece os extratos

significativos que se enquadram em cada tema. Após, procuramos colocar os extratos extraídos do texto em tabelas organizados por temas e, subdivididos em unidades mais pequenas designadas como: categorias, subcategorias.

4º Procedemos à inferência e interpretação dos dados, pretendendo-se tornar os dados válidos e significativos

### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo teve aprovação da comissão ética.

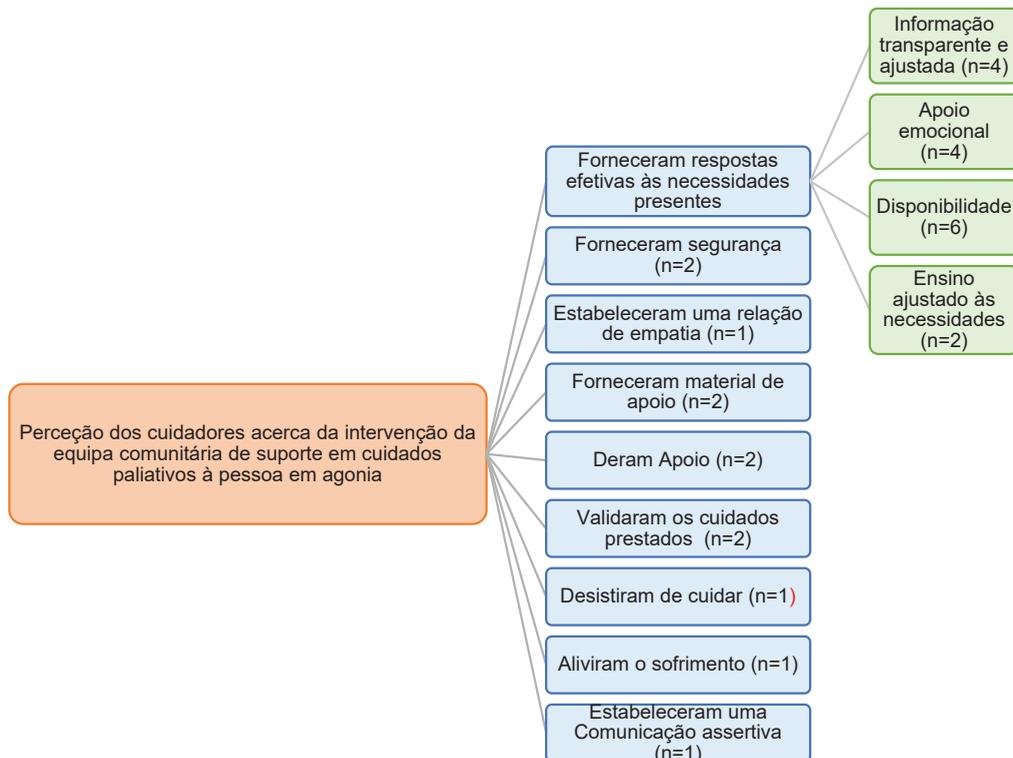
Assegurou-se o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade. Respeitou-se todos os princípios éticos e legais.

### RESULTADOS

Quando a família assume um compromisso assistencial, anseia que a equipa de saúde comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), seja capaz de suprimir quer as suas necessidades quer as necessidades que a pessoa em fase agónica vai apresentando. Deste modo, foi fundamental investigar a perceção do cuidador acerca da intervenção da ECSCP.

Após análise de conteúdo efetuada às entrevistas realizadas sobressaíram as seguintes categorias: *Forneceram respostas efetivas às necessidades presentes; forneceram segurança; estabeleceram uma relação empática; forneceram material de apoio; deram apoio; validaram os cuidados prestados pelo cuidador; desistiram de cuidar; aliviaram o sofrimento e estabeleceram uma comunicação assertiva.*

Diagrama 1. Perceção dos cuidadores acerca da intervenção da equipa de saúde comunitária de suporte em cuidados paliativos à pessoa em agonia



Para melhor compreensão das categorias e subcategorias que emergiram, apresenta-se as unidades de análise:

A categoria ***forneceram respostas efetivas às necessidades presentes*** dividiu-se em 4 subcategorias: *Informação transparente e ajustada* (n=4); *apoio emocional* (n=4); *disponibilidade* (n=6) e *ensino ajustado às necessidades* (n=2).

#### *Informação transparente e ajustada*

*“(...) circunstâncias que existiam a gente telefonava e perguntava, por exemplo, quando não obrava nós não sabíamos o que havíamos de fazer e ligamos e disseram o que tínhamos de fazer, compra isto ou faz aquilo, pronto nós pusemos os supositórios de glicerina (...) E ligamos para vocês e explicaram-nos (...)” C6*

*“(...) é certo que a gente ligava e atendiam sempre e mesmo quando não atendiam depois ligavam para nós “então D. X como está? Precisam de alguma coisa”, um carinho uma atenção que não consigo explicar... tinham muita paciência para nos explicar os remédios, como fazer (...)” C8*

#### *Apoio emocional*

*“(...) É um trabalho muito bom, porque às vezes uma palavra... sempre que veio a equipa médica, eles tinham sempre alguma coisa para fazer, deixavam a medicação, tínhamos tudo aqui muito explicadinho para a gente perceber bem. Tudo de maneira com que a gente percebesse... nos últimos dias lembro-me de ir a janela dizerem que poderia estar para breve e aí choramos as duas na sala e bastou um toque nas costas, aquele olhar de carinho e apoio, e o dizerem que nos iam ajudar no que precisássemos que nos sentimos melhor.... Apoiadas (...)” C2*

*“(...) eu falo com a enfermeira e ela reconhece-me pela voz e isso para mim fica-me no coração, não é fácil esquecer essas coisas. A equipa abraçava-nos com um olhar. Por isso que eu digo que ganhamos uma amizade muito grande pela equipa, vai ser para o resto da vida (...)” C4*

Disponibilidade

*“(...) Os cuidados paliativos estiveram connosco sempre a 100% a qualquer hora do dia até às cinco da tarde estavam sempre presentes, ou resolviam por telefone ou então pessoalmente mesmo. Ao ponto de a gente ligar e meia hora depois estarem á nossa beira, nem sequer meia hora, um quarto de hora, ás vezes era incrível como é que o hospital Meadela ainda é um bocadinho e por vezes um quarto de hora e estava lá a equipa médica e enfermagem. A mim impressionava-me isso, dá a sensação de que estavam livres para, que tudo era largado para aquele doente e isso a mim impressionou-me muitas vezes (...)” C4*

*“(...) Em relação aos cuidados paliativos é difícil porque quando somos carregados de atenção, à mínima solicitação eles diziam “presente” é difícil estar aqui a dizer que precisávamos mais disto ou daquilo (...)” C5*

Ensino ajustado às necessidades

*“(...) e só recorria a eles porque não tinha mais ninguém que me pudesse explicar essas coisas quando eu não percebia... (...)” C1*

*“(...) mas mais uma vez a equipa dos paliativos foi fantástica, explicou tudo direitinho de forma a todos perceberem o porquê de não insistir para lhe dar de comer... para não ficarmos angustiados por ela não comer que era normal... (...)” C8*

Dois cuidadores referem que a ECSCP foi importante para **fornecer segurança**.

*“(...) A equipa dos paliativos era uma ajuda no sentido ... ele já perguntava vêm cá hoje? Sentia-se mais seguro e nós também. Como é que vou explicar? Sentíamos que não estávamos sozinhas. Desde a consulta de grupo até os paliativos virem, aqui a casa eu estava um bocadinho a deriva e começaram a encaixar as coisas e então aí eu fiquei mais... mais descansada. Parece que não mas o fato de nos terem ajudado como é que a*

	<p>gente devia lidar, como tínhamos de fazer, na teoria é bom mas na prática foi difícil mas é que a teoria ajudou bastante porque dizíamos “olha eles disseram para a gente fazer assim ou...” íamos ao encontro do que nos diziam(...)” <b>C2</b></p> <p>“(...) Quando a equipa começou a vir cá ela ainda tinha dores e alguma falta de ar, entretanto, começou a fazer uns remédios e também ficamos com uns em SOS... ela ficou melhor e sentimo-nos mais seguros.(...)” <b>C8</b></p>
<p><b>Estabeleceram uma relação empática</b> foi identificada por um cuidador.</p>	<p>“(...) Mas de resto foram muito simpáticos, atenciosos e acho que as enfermeiras são cinco estrelas, é, são muito sensíveis acho que também vivem, não é da família, mas vivem um momento o outro, várias pessoas não é, vários casos, e isso também torna sensível que eu vi a enfermeira que quando falei da minha mãe e também do meu pai e me caiu as lágrimas, claro, ela estava sensibilizada, não era da família mas as pessoas também são sensíveis.(...)” <b>C6</b></p>
<p><b>forneceram material de apoio</b>, foi uma das categorias que dois cuidadores identificaram como relevante para poderem cuidar com qualidade.</p>	<p>“(...) a gente mostrava-lhe a folha, que era como uma bíblia para nós, com a prescrição dos medicamentos e até das gotas para os momentos mais de crise de morfina, que às vezes até pensávamos só mais uma gotinha, mas não dávamos só o que lá estava (...).” <b>C5</b></p> <p>“(...) até nos deixaram uma folhinha com tudo explicado... ajudou-nos muito... (...)” <b>C8</b></p>
<p>O <b>apoio/acompanhamento da ECSCP</b> teve um importante papel na prestação de cuidados à pessoa em agonia segundo dois cuidadores.</p>	<p>“(...) Deram-nos o maior apoio até ao final da vida dela e foi por isso que nós nunca a levamos para o hospital... mesmo no ultimo minuto (silêncio)(...)” <b>C5</b></p> <p>“(...) Nunca estivemos abandonados, nunca estivemos sozinhos.(...)” <b>C4</b></p>
<p>Dois cuidadores verbalizaram que a ECSCP foi essencial na <b>validação dos cuidados prestados pelo cuidador</b> durante a fase de agonia.</p>	<p>“(...) o Dr. X chegava aqui e dizia vocês estão a fazer muito bem, estão no caminho certo (...)” <b>C5</b></p> <p>“(...) por exemplo quando lhe demos um SOS, aquelas gotas para a falta de ar, que não era muita</p>

	<p><i>mas não nos parecia que estivesse bem... tivemos medo de não ter feito bem e mais uma vez a Dra. disse-nos que tínhamos feito bem e ficamos mais sossegados.” C8</i></p>
<p>Um cuidador refere que a ECSCP <b>desistiram de cuidar</b></p>	<p><i>“(…) achei que houve aqui uma desistência tão grande por parte da equipa talvez, eu estou a ser muito sincera. (...)acho que quando eu vi a equipa chegar naquele momento e dizer, parou as tentativas de comer só porque a minha sogra se tinha queixado que ele não comeu de manhã , quando isso já acontecia á algum tempo, não é, achei que deviam ter dado mais ouvidos á pessoa que estava lá mais tempo com ele e não só com uma descarga emocional de uma familiar (...)” C7</i></p>
<p><b>Aliviaram o sofrimento</b> foi também verbalizado por um cuidador.</p>	<p><i>“(…) O aspeto positivo, acho que quiseram aliviar o sofrimento e de certa forma para a pessoa que estava doente e para os familiares que estavam á volta (...)” C7</i></p>
<p>Um cuidador mencionou a <b>Comunicação assertiva</b> como uma das categorias desta área temática.</p>	<p><i>“(…) Vocês parece que sabem sempre o que nos dizer, parecem que sabem as palavras certas... quando precisamos de um abraço, de um ombro para chorar... eu dizia a minha mãe “não chores mãe...” e vocês vinham e diziam “deixe-a chorar... também estamos aqui para vocês, e se precisam</i></p> <p><i>de chorar...”... nem sei o que dizer mais... (silêncio) ainda está tudo muito fresco... (...)” C8</i></p>

### Discussão:

Ao longo dos tempos, as instituições de saúde têm sofrido mudanças na sua gestão e organização, no sentido de melhorar os cuidados prestados aos doentes que enfrentam a terminalidade da vida e seus familiares.

Realça-se, que os cuidados paliativos, serão uma realidade quando os seus pilares fundamentais, referidos por Twycross (2001) como: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa,

sejam considerados como eixos fundamentais pelas equipas de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, no cuidar do doente que enfrenta o fim da vida e família.

Os cuidadores do estudo, não deram relevo ao trabalho de equipa, contudo parece podermos inferir que de acordo com os achados existiu um trabalho em equipa. A maioria dos cuidadores enfatizou que fornecer **respostas efetivas às necessidades presentes** é primordial para que possam cuidar sem medos.

A informação transparente e ajustada, o apoio emocional, a disponibilidade, a educação para a saúde ajustada às necessidades dos cuidadores são aspetos a ter em conta para um cuidar da pessoa em agonia no domicílio, com segurança. Realçam também, que o **fornecimento de material de apoio** (como, por exemplo, um guia terapêutico), frisando diversas vezes o apoio telefónico prestado, os ajuda a cuidar do doente proporcionando bem-estar.

De facto, o apoio à família implica a integração, acompanhamento e educação para a saúde, ou seja, implica uma relação de ajuda pela equipa de cuidados, de forma a valorizar o trabalho efetuado pelos cuidadores, a promover a expressão de dúvidas e sentimentos. Phaneuf (2005, p.324) aborda a relação de ajuda da seguinte forma: *“trata-se de uma forma tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e de fornecimento de apoio que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma”*. Os entrevistados do nosso estudo referiram: *“(…) Eu não tenho nada a dizer. Foram impecáveis... Eles diziam assim, “qualquer coisa que precisem... nós viemos cá hoje, deixamos medicação, agora se precisarem têm aqui o número. Ligam uma vez, se a gente não atender liguem várias vezes seguidas para a gente saber que é urgente e retornamos a chamada (...)”* (C2). Daqui podemos depreender, tal como afirma Pacheco (2014), a relação de ajuda não implica necessariamente uma presença constante, mas sim uma presença atenta, e as atitudes do profissional de saúde, devem ser norteadas pela escuta, pela empatia e pela congruência. O apoio contínuo à família faz com que sintam que lhe é dada a atenção que merece, aumenta a sua confiança nos cuidados que presta e diminui o receio de sofrimento e

de abandono.

Tendo este estudo como foco o cuidador da pessoa em agonia no domicílio, pudemos verificar que os cuidadores enfatizavam que o apoio/acompanhamento pela equipa de saúde favorece uma relação de proximidade, a expressão de sentimentos e emoções, e expressão de dúvidas e sobretudo vão validando os cuidados que prestam. Salienta a SECPAL (2003) e Fernandes (2016, p.661) que *“o reforço e apoio continuado oferecido pela equipa profissional prestadora de CP aos cuidadores/familiares, através do reconhecimento dos progressos e capacidades, bem como da identificação e ultrapassagem das dificuldades, são uma forma essencial de valorização do seu trabalho e dedicação, e diminuição do receio de incapacidade manifestada”*.

Neste momento, também existe uma referência à importância que a ECSCP teve na compreensão dos cuidadores de que a morte era expetável em dias ou horas e o consequente apoio emocional prestado. Braga [et al.] (2017, p. 53) revela que será *“importante que a família compreenda que a morte é expetável em dias ou horas e que este pode ser um processo gradual e previsível ou apresentar uma evolução mais rápida.”*

Sendo assim, mais uma vez a comunicação se revela em todo o processo, um dos pilares dos cuidados paliativos. Francisco [et al.] (2015) no seu estudo, afirmam que a prática profissional nesta área está assente na comunicação verbal e não verbal. Através da comunicação verbal, os profissionais de saúde podem usar várias técnicas para estabelecer um relacionamento com o cuidador, como: promoção de empatia e ambiente de interação; repetir as informações conforme necessário; certificando-se de que os ensinamentos foram compreendidos; ouvindo; usando um tom de voz apropriado, ser honesto e transparente; ter disponibilidade. Na comunicação não verbal, caracteriza-se pelos gestos que vão acompanhando o discurso, pelos olhares e expressões faciais, pelo contacto físico,

e toque, a postura corporal (Andrade [et al.], 2017). Esta última, revelou-se nos discursos dos cuidadores como um poderoso instrumento de comunicação, comprovando-se, por exemplo, com a seguinte afirmação: “(...) *A equipa abraçava-nos com um olhar (...)*”(C4).

Através dos excertos dos relatos dos cuidadores, foi caracterizado o trabalho desenvolvido pela ECSCP e, mais uma vez, se comprova a necessidade de criação de mais equipas devidamente treinadas e especializadas em cuidados paliativos e com alocação de recursos adequados, contribuindo para a prestação de cuidados no domicílio com qualidade e proporcionando o momento da morte no local escolhido pelo doente e cuidador com serenidade.

### Conclusão

O acompanhamento da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos proporcionou um cuidar de toda a unidade familiar, onde se inclui a pessoa em últimos dias horas de vida e cuidadores informais, com uma resposta profissional às suas reais necessidades

Fica demonstrado que os cuidadores necessitam de ser cuidados e acompanhados por equipas de saúde com formação específica em cuidados paliativos.

Chama a atenção para a necessidade de olharmos para o cuidador e doente como uma unidade a cuidar.

### Referências Bibliográficas

AGUIAR, H. - O Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários – o desafio para o século XXI. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. ISSN 2182-5173, Vol 8, Nº6 (2012), p. 442-447.

ANDRADE, C., COSTA, S., COSTA, I., SANTOS, K. & BRITO, F. - A Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. [Em linha]. Vol 9, Nº1 (jan/mar 2017),

p.215-221. [Consultado em novembro 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://sci-hub-se/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.215-221>.

APARICIO, M. - A Satisfação Dos Familiares De Doentes Em Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008. Dissertação de Mestrado.

AYESTARÁN, M., GEA, L., GORDON, A., ARRUABARRENA, E., OTAÑO, L., AGIRRE, A. & PUEBLA, J. - Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. 1ª ed. Madrid: Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2008.

BARDIN, L. – Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, Lda., 2011. ISBN 978-972-22-1506-2.

BRAGA, B., RODRIGUES, J., ALVES, M. & NETO, I. - Guia Prático da Abordagem da Agonia. Medicina Interna. ISSN 0872-671X. Vol. 24, Nº1 (2017), p. 48-55.

CHIZZOTTI, A. – Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis: Vozes, 2006. ISBN 8532633900.

CORREIA, A. - Os cuidadores e o processo de cuidar: Mudanças. Hospitalidade. ISSN 0871-0090, Ano 81, Nº317 (2017), p. 45-52.

COHEN, M., KAHN, D. & STEEVES, R. - Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers. Thousand Oaks, London, New Deli: Sage Publications, Inc. 2000. ISBN 0-7619-1719-5

FERNANDES, J. – Apoio à família em cuidados paliativos. Em BARBOSA, A., PINA, P., TAVARES, F. & NETO, I. - Manual de Cuidados Paliativos. 3ª ed. Lisboa: Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016 (p. 653-663). ISBN 978-972-9349-37-9

FERREIRA, M. - Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família / Cuidador Principal no Suporte paliativo do Doente Oncológico. Cadernos de Saúde. Lisboa. ISSN 1647-0559. Vol 2, Nº1 (2009), p. 67-88.

FORTIN, M. - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, M. – O processo de investigação

da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7.

FRANCISCO, D., COSTA, I., ANDRADE, C., SANTOS, K., BRITO F. & COSTA S. - Contribuições do serviço de capelania ao cuidado de pacientes terminais. *Texto & Contexto Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 24, Nº 1 (2015), p. 212-219. [Consultado em dezembro 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=71438421026>

GOMES, B., SARMENTO, V., FERREIRA, P. & HIGGINSON, I. - Estudo epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população Portuguesa. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. [Em linha]. Vol 26, Nº4 (2013), p. 327-334. [Consultado em setembro 2018]. Disponível na WWW: <URL: [file:///C:/Users/Ana%20Fernandes/Downloads/429-6579-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Fernandes/Downloads/429-6579-1-PB%20(2).pdf)

HOLM, M., HENRIKSSON, A., CARLANDER, I., WENGSTRO, Y. & OHLEN, J. - Preparing for family caregiving in specialized palliative home care: An ongoing process. *Palliative and Supportive Care*. [Em linha]. Vol 13, Nº 3 (2014), p. 767-775. [Consultado em 15 novembro 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://capio.se/siteassets/capio-patientportal-se/specialist/dalen-asih/om-oss/preparing-for-family-caregiving-in-specialized-palliative-home-care-an-ongoing-process.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHOQOL : measuring quality of life. World Health Organization. [Em linha] Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (1997). [Consultado em 4 de outubro 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO\\_MSA\\_MNH\\_PSF\\_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

LEEMANS, K., BLOCK, L., BILSEN, J., COHEN, J., BOFFIN, N. & DELIENS, L. - Dying at home in Belgium: a descriptive GP interview study. *BMC Family Practice*. Vol13, Nº4 (2012), p. 1-9.

NETO, I. – Cuidados Paliativos: Princípios

e Conceitos Fundamentais. Em BARBOSA, A., PINA, P., TAVARES, F. & NETO, I. - *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª ed. Lisboa: Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016 (p. 1-22). ISBN 978-972-9349-37-9

NETO, I. – Cuidados na Agonia. Em BARBOSA, A., PINA, P., TAVARES, F., NETO, I. - *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª ed. Lisboa: Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016 (p. 317-330). ISBN 978-972-9349-37-9

PAIVA, Ana – *Cuidados ao Doente em Agonia*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Tese de mestrado.

PAZES, M., NUNES, L. & BARBOSA, A. - Fatores que influenciam a vivência da fase terminal e de luto: perspetiva do cuidador principal. *Revista de Enfermagem* ISSN 2182-2883 Série IV - N.º 3 - nov./dez. 2014, p. 95-104.

PHANEUF, M. - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 9789728383848.

SANTOS, F. - *Cuidados Paliativos. Diretrizes, Humanização e Alívio dos Sintomas*. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. ISBN:978-85-388-0158-0.

SAMPIÉRI, R., COLLADO, C. & LUCIO, M. – *Metodologia de pesquisa*. 5ª Ed. São Paulo: McGraw Hill, 2006. ISBN 978-85-65848-28-2.

SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) – *Guía de Cuidados Paliativos*. [Em linha] Madrid: SECPAL, 2014. [Consultado em dezembro 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>

SEQUEIRA, C. - *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Porto: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-717-0.

STREUBERT, H. & CARPENTER; D. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o imperativo humanista*. 5ª Ed. Loures: Lusodidacta. 2013. ISBN 978-989-8075-34-5

TWYXCROSS, R. - Cuidados Paliativos. 1ª ed. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores, 2001.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S.C.M. e CORRENTE, J.E.. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Revista Brasileira de Epidemiologia, Vol.8, n.º3, (pp. 246-252), 2005. [Em linha] [Consult. a 19 de janeiro de 2020] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>



# STRESSE E/OU ANSIEDADE NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM QUE INGRESSAM O PRIMEIRO ENSINO CLÍNICO

Inês Fernandes Fragoso<sup>(1)</sup>; Inês Barata Tavares<sup>(1)</sup>; José Carlos Santos<sup>(2)</sup>



## Resumo

**Introdução:** Os estudantes de enfermagem que ingressam o primeiro ensino clínico são confrontados com diversas situações potencialmente geradoras de altos níveis de stresse (convivência com a dor, sofrimento e morte). A análise documental foi utilizada para compreender as experiências vivenciadas pelos estudantes de enfermagem. É essencial que os estudantes de enfermagem articulem o conhecimento teórico (previamente interiorizado) com a prática no primeiro ensino clínico. Mas, para haver esta conexão entre conhecimento teórico-prático é necessário que o ensino clínico decorra de forma tranquila. Ao longo deste artigo analisamos as diversas fontes indutoras de stresse que privam o estudante de maximizar as suas aprendizagens e estratégias de coping que geram estas situações. **Objetivos:** Identificar fontes de stresse e/ou ansiedade nos estudantes que ingressam o primeiro ensino clínico e estratégias para a sua gestão. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, recorrendo ao motor de busca B-On, no espaço temporal entre 2010-2020. **Resultados:** Depois da busca dos artigos foram selecionados 18. A literatura aponta para um aumento do stresse, ansiedade e alguma sintomatologia depressiva no primeiro ensino clínico, aparentemente por serem expostos a desafios para os quais não estavam ainda preparados, sobretudo ao nível psicológico. **Conclusão:** Nas conclusões ficou evidenciada a importância do acompanhamento próximo dos estudantes que ingressam o primeiro ensino clínico, por parte da equipa de saúde e docentes, visto esta experiência ter um grande impacto a nível emocional. **Palavras-chaves:** Estágio Clínico; Enfermagem; Ansiedade; Depressão; Estudantes; Resolução de Problemas.

## Abstract

### STRESS AND/OR ANXIETY IN NURSING STUDENTS DURING THE FIRST CLINICAL INTERNSHIP

**Introduction:** Nursing students entering the first clinical internship are faced with several situations potentially generating high levels of stress (living with pain, suffering and death). Documentary analysis was used to understand the experiences of nursing students. It is crucial that nursing students articulate theoretical knowledge (previously acknowledged) with practice in the first clinical internship. However, in order to reach this connection between theoretical and practical knowledge, clinical training must be carried in a supportive and pleasant environment. Throughout this article, we analyze the various stress-inducing sources that deprived students of maximizing their learning and coping strategies which generate these situations.

**Objectives:** To identify sources of stress and / or anxiety in students entering the first clinical internship and strategies for its management.

**Methodology:** Integrative literature review, using the search engine B-On, between 2010-2020.

**Results:** After performing a systematic review, 18 literature findings were considered in this revision article. The literature flagged up an increase in stress, anxiety, and some depressive symptoms in the first clinical education, probably because they were exposed to challenges for which they were not yet prepared, especially at a psychological level.

**Conclusion:** In the conclusions, the importance of close monitoring of students entering the first clinical internship, by the health team and professor, was evidenced that this experience has a great emotional impact.

**Keywords:** Clinical Internship; Nursing; Anxiety; Depression; Students; Problem Solving.

## Resumen

### ESTRÉS Y/O ANSIEDAD EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA QUE INGRESAN EN LAS PRIMERAS PRÁCTICAS CLÍNICAS.

**Introducción:** Cuidar a la persona en agonía en el hogar en su multidimensionalidad, requiere la capacidad de autoorganización de la familia / cuidador, ya que el paciente necesita ayuda total para satisfacer las necesidades humanas básicas. A medida que se acerca el momento de la muerte, los cuidadores se vuelven más frágiles y requieren seguimiento y orientación de los equipos comunitarios de cuidados paliativos.

**Objetivo:** analizar la percepción del cuidador con respecto a las intervenciones del equipo de apoyo comunitario en cuidados paliativos, para poder atender al paciente en agonía en el hogar.

**Metodología:** enfoque cualitativo, perspectiva fenomenológica, entrevista semiestructurada dirigida a cuidadores que brindaron atención a la persona en agonía en el hogar en la región de Alto Minho de Portugal. Análisis de contenido según Bardin (2011), como procedimiento para el análisis de datos. Se respetaron los procedimientos ético-morales.

**Resultados:** Los cuidadores necesitan apoyo / seguimiento del equipo de apoyo en Cuidados Paliativos, ya que brindan respuestas efectivas a las necesidades actuales, brindan seguridad, material de apoyo y validan la atención brindada por el cuidador. La comunicación se destaca como una estrategia poderosa para desarrollar una relación de confianza y para establecer interacciones consistentes.

**Conclusión:** El Equipo de Apoyo de Cuidados Paliativos de la Comunidad brinda atención a toda la unidad familiar, respondiendo a necesidades reales.

**Palabras clave:** persona en agonía, cuidador; hogar, cuidados paliativos.

Submetido em Abril 2020. Aceite para publicação em Abril 2020

(1)Estudantes da licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (contato - Ines Fragoso: ifragoso@gmail.com)

(2)PhD; Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal. Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - UICISA-E.

## INTRODUÇÃO

Durante a transição do ensino secundário para o ensino superior os estudantes são confrontados com múltiplos desafios. Estas mudanças contextuais de educação ocorrem numa fase crucial do ciclo de vida do estudante, o final da adolescência e início da vida adulta, sendo assim expostos a uma série de novos e complexos desafios, um processo de transição e adaptação/ajustamento ao contexto universitário repentino (Leal & Santos, 2016). Dados já identificados em estudos anteriores (Pinheiro & Ferreira, 2005), citados pelos mesmos autores, o grau de impacto em cada estudante depende das suas características pessoais e respetivo suporte social. No início da frequência da licenciatura de enfermagem a maioria dos estudantes tem uma conceção rudimentar da identidade profissional de enfermagem e pouca ou nenhuma convivência com a dor, sofrimento e morte (Costa de Souza et al., 2015; Martins et al., 2017). Alguns destes estudantes acabam por ser consumidos com dúvidas, incertezas e inseguranças sobre a profissão em questão (Cabete, Alves, Baixinho, Rafael, & Viegas, 2016). Assim, a primeira experiência clínica constitui o primeiro confronto com a identidade profissional e o sofrimento humano, sendo um marco crucial na formação e na preparação do estudante para a sua entrada no mundo profissional (Almeida, 2016; Cabete et al., 2016; Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Martins, & Fernandes 2016; Ching, Cheung, Hegney, & Rees, 2020).

A Enfermagem é considerada uma profissão de serviço para com outros, uma vocação (Bodys-Cupak et al., 2019). No decorrer do tempo muitas alterações ocorreram na formação em enfermagem, de forma profunda e a um ritmo acelerado, particularmente nos últimos anos. Assim, num momento de transformações estruturais das organizações e dos processos formativos, importa avaliar a experiência prévia. É necessário recolher e analisar dados para que se possam efetuar as devidas alterações

com o intuito de proporcionar uma formação profissional de excelência, um ajustamento da prática pedagógica de forma a potenciar as aprendizagens dos alunos (Almeida, 2016; Cabete et al., 2016; Diogo et al., 2016).

Neste sentido, o primeiro ensino clínico do curso de enfermagem é considerado um momento fulcral para o aluno, na medida em que permite aos estudantes vivenciarem precocemente a prática da profissão, podendo ser o momento onde o aluno decifra se é a carreira profissional que pretende prosseguir (Lima, Paixão, Cândido, Campos & Filomena, 2014; Cabete et al., 2016). Considerando que a primeira experiência clínica do estudante de enfermagem é um momento crítico, propusemos a descrever e a analisar situações que induzem o estudante a desenvolver altos níveis de stresse no seu primeiro ensino clínico. É neste ambiente prático que os estudantes começam a compreender o “porquê” da necessidade de dominar determinados princípios/conhecimentos teóricos, pelas experiências que vão vivenciando (Kalyani et al., 2019). Dados confirmados em estudos anteriores (Queirós, 2007) referem que exercer Enfermagem não se restringe apenas à execução de determinados procedimentos, tendo por base um conjunto de competências e conhecimentos previamente apreendidos. A realidade dos cuidados de Enfermagem começa, então, a ser realmente interiorizada no momento em que os estudantes observam a prática clínica e conectam com o conhecimento teórico (Karaca, Yildirim, Ankarali, Açikgöz & Akkuş, 2017). Muitos estudos demonstraram um stresse evidente em contexto clínico (Ab Latif & Mat Nor, 2016), portanto decidimos formular as seguintes questões de investigação: “Quais as fontes de stresse e ansiedade que os alunos do primeiro ano de enfermagem demonstram?” e conseqüentemente, “Como gerir os níveis de ansiedade e stresse em alunos que vão ingressar o primeiro ensino clínico?”. Deste modo, conseguiremos indicar propostas de intervenção visando a redução de stresse e

ansiedade em contexto clínico (Hirsch, 2015). As experiências adquiridas nos estágios são assim, um elemento chave para o início da construção da identidade profissional (Almeida, 2016; Bodys-Cupak et al., 2019; Costa & Leal, 2012). As situações que o estudante vai experienciando ao longo da licenciatura tem um impacto evidente na sua vida e na jornada como profissional de saúde (Amsrud, Lyberg, & Severinsson, 2019).

#### Questões de investigação

Atendendo aos objetivos previamente mencionados e com base em evidência científica existente, formulamos as seguintes questões de investigação:

- Quais as fontes de stresse e ansiedade que os alunos do primeiro ano de enfermagem demonstram?
- Como diminuir os níveis de ansiedade e stresse em alunos que vão ingressar o primeiro ensino clínico?
- Quais as estratégias de coping mais eficazes a adotar durante o ensino clínico?

#### Enquadramento

Atualmente, stresse e ansiedade são uma problemática cada vez mais comum na saúde pública da nossa comunidade. Segundo Vaz-Serra (1999), o stresse provoca repercussões negativas no indivíduo que por sua vez leva a uma deterioração da sua qualidade de vida. Para além do comprometimento a nível biológico, interfere também na componente psicológica, quando intenso, repetitivo e prolongado, originando uma diminuição dos níveis de bem-estar e saúde do indivíduo (Varela, Pereira, Pereira, & Santos, 2017). São vários os autores que se dedicam ao estudo do stresse, considerando que as suas repercussões no indivíduo são multivariadas, acabando por atingindo a sua esfera social, económica, cultural e biológica, sendo que estas são tanto mais acentuadas, quanto mais intensa e prolongada for a vivência de situações desencadeadoras das mesmas (Martins et al., 2017). Segundo Costa e Leal (2012), quando um indivíduo é confrontado com momentos considerados pelo mesmo

como perturbadores, o seu organismo reage na tentativa de gerir esse acontecimento e ajustar-se aos mesmos. Temos de ter em conta que os indivíduos não são todos iguais, ou seja, perante um acontecimento perturbador irão reagir e utilizar estratégias diferentes para ultrapassar situações potencialmente geradoras de stresse. Segundo Hirsch, Barlem, Tomaszewski-Barlem, Lunardi, e Oliveira (2015), essa instabilidade exige ao indivíduo uma adaptação às situações que lhe são impostas, resultando assim em transformações na sua vida que podem desencadear altos níveis de stresse. Um agente indutor de stresse é o fator de mudança na vida de um indivíduo. É um evento que requer um ajuste das atividades do quotidiano, gerando no indivíduo sentimentos negativos como medo do desconhecido, vulnerabilidade e ansiedade. Consequentemente, o stresse excessivo pode levar à evocação de emoções negativas, ter um impacto prejudicial na vida social do indivíduo, comprometer o processo da tomada de decisão e provocar alterações ao nível do sono e sistema imunitário (componente biológica) (Varela et al., 2017). Se o estudante estiver confiante das suas competências profissionais e evidenciar estabilidade a nível emocional vai conseguir garantir o cuidado do seu cliente (Amsrud, Lyberg, & Severinsson, 2019).

Durante a entrada e adaptação à universidade, os estudantes de enfermagem são confrontados com um momento particularmente desafiante designado por ensino clínico (essencial na formação em enfermagem). Segundo Almeida (2016) o ensino clínico é um acontecimento significativo na vida do estudante de enfermagem, na medida em que simboliza uma alteração repentina na sua vida, uma adaptação, podendo ser considerado como um indutor de stresse. O estudante vai contactar com cenários fora da sua zona de conforto como a nudez, sofrimento e dor (Ab Latif & Mat Nor, 2016). Dados confirmados em estudos anteriores (Watson et al, 2009) referem que a profissão de enfermagem é pautada por

diversas circunstâncias causadoras de stresse, tais como exigência laboral com fraco suporte, rápidas alterações das condições de atuação, escassez de recursos (materiais e pessoais) e confronto com sofrimento em contextos frequentemente relacionados com a morte (Varela et al., 2017). Portanto no decorrer da formação de enfermagem, o aluno vai vivenciar experiências de grande intensidade, é um marco inerentemente causador de stresse (Vaz-Serra, 1999). Na atualidade o fator stresse tem sido cada vez mais evidenciado e os resultados descrevem que a área de enfermagem é uma profissão onde o mesmo prevalece em altos níveis. Segundo o autor Martins et al., (2017) o contacto com o ensino de enfermagem desperta interesse relativamente ao stresse dos futuros profissionais, pois considera-se que os estudantes em ensino clínico vivenciam situações, que sendo potencialmente stressantes para os enfermeiros acabam por ser também para os respetivos alunos. A formação inicial em enfermagem permite ao aluno o desenvolvimento de competências desde o primeiro ano da licenciatura a partir de uma formação em alternância, ou seja, o estudante é apresentado com momentos de aquisição de conhecimentos na escola alternando com momentos de mobilização dos conhecimentos para os contextos de trabalho, nos ensinamentos clínicos em diferentes serviços de saúde (Cabete et al., 2016). O Estágio Curricular Supervisionado (ECS) propicia ao estudante entrar em contato direto com a realidade de saúde da população, sendo, portanto, considerado determinante para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos no decorrer da licenciatura de enfermagem, por meio da relação teoria-prática (Lima, Paixão, Cândido, Campos & Filomena, 2014).

Destaca-se na literatura que os estudantes de enfermagem estão mais expostos a eventos stressantes que os estudantes de outros cursos, uma vez que são confrontados diariamente com situações/decisões de responsabilidade

pela vida e saúde de outros. As fontes de stresse que interferem com o ensino clínico do estudante de enfermagem são diversas. Ao longo deste período o aluno é confrontado com múltiplos momentos geradores de altos níveis de stresse/ansiedade, tais como procedimentos técnicos (sobretudo a invasão da privacidade do outro durante os cuidados de higiene), interação com a pessoa doente hospitalizada (a comunicação) e os períodos de avaliação (preocupação com a classificação, não saberem exatamente quais os objetivos a serem alcançados e se os seus objetivos são coincidentes com os dos professores).

As fontes de stresse mencionadas pelos estudantes de enfermagem centralizam-se no confronto com o sofrimento do outro, no sentido em que a visualização de sofrimento do utente sensibiliza o estudante para o ato do cuidar, tornando assim o estudante simultaneamente vulnerável ao sofrimento. Inicialmente as preocupações do estudante convergem para o aperfeiçoamento da técnica e quantidade de procedimentos realizados, limitando deste modo o desenvolvimento de competências comunicacionais (fulcrais para a profissão de enfermagem). Segundo Almeida (2016) os estudantes relatam ações inadequadas dos profissionais, relativamente a princípios éticos e humanos, demonstrando que alguns profissionais estão mais centrados na execução técnica, evidenciando descaso em relação à pessoa doente. Segundo Bodys-Cupak et al., (2018) os estudantes revelam falhas a nível de conhecimentos teóricos, insegurança na realização de procedimentos práticos, medo da probabilidade de morte de utentes ou medo de errar. Ao longo desta pesquisa bibliográfica verificamos que outra fonte de stresse evidenciada foi relativa aos sentimentos/emoções, ou seja, o ensino clínico desperta sentimentos positivos e negativos. Por um lado, sentimentos como ansiedade, medo, frustração, insegurança, tristeza e impotência, relacionados com as situações vivenciadas pelo estudante junto dos utentes, da equipa de saúde, dos professores e dos colegas. Por outro,

vivencia-se gratificação, motivação, orgulho quando os estudantes sentem que foram úteis à pessoa hospitalizada, ou quando executam procedimentos de forma adequada recebendo um feedback positivo pelos professores e equipa de enfermagem. Segundo Costa de Souza et al., (2015) o ensino clínico desperta inicialmente no aluno uma sensação natural, um sentimento de novo, onde são descritos como medo, insegurança e receios, porém, quando se observa a reflexão, a experiência alega ser bastante positiva e fortalecedora. Alguns alunos revelam dificuldades de adaptação, às normas de funcionamento do serviço, horários, ao controlo do tempo para o cumprimento das atividades e novas rotinas, bem como na localização do material e falta de apoio por parte de alguns profissionais.

Em suma o ensino clínico afeta o estudante ao nível da dimensão emocional, psicológica e física. Portanto, o stresse é inevitável na prática de enfermagem, devido a uma carga excessiva de trabalho, falta de suporte adequado às pressões vivenciadas no quotidiano, inconstâncias do trabalho (turnos), lidar com a morte, todos contribuindo para os altos níveis de stresse (Hirsch et al., 2015; Varela et al., 2017). Os alunos do primeiro ano identificaram altos níveis de stresse ao nível interpessoal (Bodys-Cupak et al., 2018). É precisamente este o problema que iremos debater ao longo deste artigo, tendo como objetivos identificar como diminuir os níveis de ansiedade no primeiro ensino clínico e evidenciar quais as estratégias mais eficazes a adotar para vivenciar o ensino clínico da forma mais harmoniosa e equilibrada possível. Portanto, desenvolver a capacidade de resiliência nos estudantes de enfermagem é um passo determinante para começarem a desenvolver a sua identidade profissional (Amsrud, Lyberg, & Severinsson, 2019).

## METODOLOGIA

O objetivo deste artigo é encontrar estratégias para diminuir os níveis de ansiedade dos estudantes que frequentam o primeiro ensino clínico durante a licenciatura de Enfermagem. Foi realizada uma revisão integrativa. Para a realização deste artigo foi utilizado o motor de busca B-On. Foi feita uma seleção de artigos onde os critérios de inclusão utilizados foram: serem estudantes de enfermagem, abordar o conceito stress e/ou ansiedade, abordar o ensino clínico e o idioma (português, inglês). Excluímos revisões de literatura. Relativamente ao intervalo de tempo de pesquisa, inicialmente restringimos a pesquisa até aos últimos 5 anos (janeiro de 2015 a janeiro de 2020) mas, devido à reduzida informação de pesquisa solucionada, alargamos este intervalo de tempo para os últimos 10 anos (2010-2020). A pesquisa decorreu ao longo do mês de fevereiro de 2020, onde os descritores foram: 1º Descritor: Nursing students (6916); 2º Descritor: Nursing students AND anxiety (241); 3º Descritor: Nursing students AND anxiety AND clinical practice (23). Noutra pesquisa os descritores foram: 1º Descritor: Nursing students (6916); 2º Descritor: Nursing students AND stress AND clinical training OR clinical practice (61); 3º por título (7) e por Abstract: (6). Por último, visando saturar a busca fizemos nova pesquisa com os seguintes descritores: 1º Descritor: Coping strategies (205); 2º Descritor: Coping strategies AND nursing (84); 3º Descritor: Coping strategies AND nursing AND students (50).

## RESULTADOS

Para facilitar a leitura optámos por descrever os resultados no quadro seguinte:

Título/ data/ local	Autores	Metodologia	Conclusões
“Nursing students’ perceived stress and coping behaviours in clinical training in Saudi Arabia” 2017, Jordânia	Shaher H. Hamaideh Hasan Al-Omari Hanan Al-Modallal	Estudo quantitativo correlacional; Amostra: 100 alunos; Instrumentos no caso de utilizarem: Perceived Stress Scale and Coping Behavior Inventory.	Os resultados demonstraram que as fontes de stresse dos estudantes durante o decorrer do ensino clínico são os momentos de avaliação e a carga excessiva de trabalhos. A estratégia de coping mais utilizada foi a confrontação/resolução do problema e ter uma atitude otimista. Os resultados também demonstraram que quem tem familiares no ramo da saúde ou com um nível de literacia elevado teriam estratégias de coping mais eficazes.
“The prevalence and related factors of depressive symptoms among junior college nursing students: a cross-sectional study” 2015, Taiwan	C.-J. CHEN Y.-C. CHEN, H.-C. SUNG T.-C. HSIEH M.-S. LEE C.-Y. CHANG	Estudo quantitativo correlacional. Amostra: 625 alunos de enfermagem; Instrumentos utilizados: Demographic sheet, Adolescent Depression Inventory; Situational Anxiety Scale, Taiwanese–Chinese Version of the Stress in Nursing Students Scale, and Pittsburgh Sleep Quality Index.	O estudo demonstrou que há uma relação forte entre qualidade do sono, stresse, ansiedade e sintomas depressivos. A educação em Enfermagem pode causar stresse emocional e esse pode afetar a qualidade do sono. Os professores de enfermagem devem estar conscientes dos problemas e causas de sintomas depressivos nos estudantes de Enfermagem. O desenvolvimento de estratégias podem ajudar os estudantes de enfermagem a gerir o stresse e ansiedade, proporcionando assim aos estudantes uma atmosfera para tranquilizante durante a sua aprendizagem.
“Nursing Students’ Perceived Levels of Clinical Stress, Stress Responses and Coping Behaviors” 2017, Turquia	Karaca, Aysel Yildirim, Nuriye Ankarali, Handan Açikgoz, Ferhan Akkus, Dilek	Estudo quantitativo correlacional; Amostra: 1050 estudantes de Enfermagem; Instrumentos no caso de utilizarem: Perceived Stress Scale, the Physio-	Foi estudado a relação entre a saúde mental dos estudantes e os stressores percebidos e, foi entendido que muitos estudantes bebem álcool socialmente e poucos para relaxarem. Isto pode ser usado como uma estratégia de coping, no entanto ineficaz. Os estudantes que em ensino clínico usam o

		Psycho-Social Response Scale and the Coping Behavior Inventory.	evitamento como coping acabam por ter maior stress percebido. Os alunos que usam o evitamento têm um stress percebido maior.
“Patient-related stressors and coping strategies in baccalaureate nursing students during clinical practice” 2019, Polónia	Iwona Bodys-Cupak Anna Majda Aneta Grochowska; Joanna Zalewska-Puchała; Alicja Kamińska; Grażyna Kuzera.	Estudo quantitativo correlacional; Amostra: 786 estudantes do primeiro ano na universidade da Polónia. Instrumentos: Perceived Stress Scale, Inventory for Coping with Stress.	Uma das maiores causas de stress é a prática em contexto clínico. Os estudantes têm dificuldades na comunicação/interação com os utentes e insegurança nas suas competências teóricas levando a uma incerteza quando chega o momento da prática. Também é fator de stress o cuidar da pessoa num processo de final de vida. Um pouco de stress é educativo enquanto que um alto nível acaba por limitar e perturbar a aprendizagem do estudante.
“Stress and Coping Strategies Among Nursing Students” 2018, Arábia Saudita	Emad Shdaifat; Aysar Jamama; Mohammed Al-Amer.	Estudo quantitativo correlacional; Amostra: 184 Estudantes de Enfermagem nos diversos anos; Instrumentos: Perceived Stress Scale e Coping Behaviours Inventory.	Os estudantes de enfermagem passam demasiado tempo a estudar e acabam por não ter tempo suficiente para as suas atividades fora da vida académica. Sendo que a maior fonte de stress são os trabalhos e objetivos que têm de cumprir. Em adição, passam imenso tempo em áreas clínicas (hospitais), com uma enorme responsabilidade. Os estudantes sentem-se stressados ansiosos perante avaliações mais negativas, sentem pressão na execução de procedimentos na prática clínica e quando não conseguem alcançar os objetivos definidos/idealizados.
“A primeira experiência clínica do estudante de enfermagem.” <i>Pensar Enfermagem</i> 2016, Portugal	Célia Simão de Oliveira; Cristina Baixinho; Dulce Cabete;	Estudo descritivo, retrospectivo de abordagem fenomenológica (qualitativo); Amostra: 11 estudantes;	Este estudo centra-se numa parte essencial da formação de enfermagem, o ensino clínico. Reconhecendo que, num contexto de mudanças sociais e profissionais com reflexo, também, na estrutura e organização do curso de enfermagem, é fundamental

	<p>Helga Rafael; Laura Viegas; Patrícia Alves.</p>	<p>A recolha de dados foi feita através de entrevista não estruturada. As entrevistas foram gravadas em áudio; Após a primeira incursão em ensino clínico, realizada no primeiro ano do curso, com a duração de uma semana, os estudantes foram convidados a participar no estudo.</p>	<p>analisar e adequar a prática pedagógica para maximizar aprendizagens. Trata-se, portanto dum ‘saber de ação’, que não se restringe à execução reproduzida de gestos, antes à adaptação duma conduta à situação, tendo em conta um conjunto de conhecimentos previamente apreendidos. Falamos, assim, de um contexto que permite a aquisição e desenvolvimento de competências. “só com plena interação entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo”.</p>
<p>“First Year Nursing Student’s Coping Strategies in Stressful Clinical Practice Situations” 2018, Polónia</p>	<p>Aneta Trzcinska; Anna Majda; Iwona Bodys-Cupak; Joanna Zalewska-Puchala; Justyna Skowron.</p>	<p>Este estudo foi usado um “diagnostic poll” e um método de estimativa.</p> <p>Amostra: 110 estudantes do primeiro ano na Universidade em Tarnów.</p> <p>Instrumentos utilizados: escala de Stress, questionário (consistia em perguntas sobre as várias dificuldades que os estudantes estavam a experienciar).</p>	<p>Este estudo analisa as dificuldades experienciadas/sentidas pelos estudantes:</p> <p>Situações difíceis relacionadas com relações interpessoais e estratégias de coping;</p> <p>Situações difíceis relacionadas com o ambiente de trabalho e estratégias de coping;</p> <p>Situações difíceis relacionadas atividades instrumentais e estratégias de coping;</p> <p>Discrepância entre a teoria e a pratica, o estado do indivíduo hospitalizado ser crítico, visualizar pessoas a sofrer e não conseguir providenciar a devida ajuda ao cliente;</p> <p>“(…) falhas ao nível de conhecimento teórico, incerteza nos procedimentos, medo da possibilidade de morte ou medo de falhar.”</p>

			Adotam comportamentos de evitamento em situações de stresse. Este artigo revelou que os estuantes em situações difíceis procuram suporte social e instrumental.
“How do nursing students experience the clinical learning environment and respond to their experiences?” 2019, Irão	Camellia Torabizadeh; Farkhondeh Sharif; Majid Najafi Kalyani; Nahid Jamshidi.	Estudo qualitativo;  Amostra: 19 de estudantes enfermagem, 4 de instrutores enfermagem, 3 enfermeiros clínicos.	Estudantes, com resultado de um ambiente educacional inadequado, foram confrontados com “confusão de identidade” sendo este o foco principal constado por os mesmos. Relatarem diversas formas de lidar com estas experiências (ultrapassar as situações impostas). Estas estratégias não foram eficazes para resolver os problemas dos estudantes e para além disso fez com que os mesmos “fugissem” às responsabilidades e papel dos profissionais. Dificuldades (expressas neste artigo) que os estudantes sentiram: professores ineficientes; falhas ao nível do plano educacional; ambiente clínico inapropriado; falhas emocionais; confusão de identidade.
“Predictors of stress and coping strategies adopted by nursing students” 2015, São Paulo	Carolina Domingues Hirsch; Edison Luiz Devos Barlem;  Jamila Geri Tomaschewski-Barlem; Valéria Lerch Lunardi; Aline Cristina Calçada de Oliveira.	Estudo quantitativo transversal.  Amostra: 146 de estudantes Enfermagem.  Os instrumentos: o inventário de estratégias de <i>coping</i> e a escala de avaliação de estresse. Para análise dos dados utilizaram-se correlação de Pearson e análise de regressão.	As estratégias mais utilizadas perante eventos de stresse foram consideradas como negativas e de baixa eficácia por se centrarem na emoção, e não no problema, comprometendo o processo de formação profissional.  Identificaram-se como fontes de stresse a formação académica, conhecimento prático adquirido, o tempo e atividades extracurriculares. As fontes de stresse apresentaram associação com as estratégias de coping.

<p>“Situações indutoras de stress e burnout em estudantes de enfermagem nos ensinos clínicos” 2017, Portugal</p>	<p>Conceição Martins; Sofia Campos; João Duarte; Rosa Martins; Teresa Moreira; Cláudia Chaves.</p>	<p>Estudo quantitativo correlacional. Amostra: 236 estudantes em ensino clínico de enfermagem. Instrumentos utilizados: Recolha de dados com questionário sociodemográfico e caracterização académica, Escala KEZKAK e Inventário de Burnout de Maslach.</p>	<p>Segundo este estudo a amostra demonstra índices de saúde baixos. Os enfermeiros estão são expostos a grandes níveis de stress, logo os alunos também. O stress produzido pelas circunstâncias organizacionais, a totalidade da amostra revela elevados índices de stress e o seu bem-estar biopsicossocial, manifestamente afetado. Situações que causam stress aos estudantes são: não conseguirem ter controlo perante as situações impostas, relação/interação com o indivíduo hospitalizado, falta nas competências teóricas, relação com professor/coordenador e colegas, sobrecarga imposta pelo horário, impotência e incerteza.</p>
<p>“Stressors and coping of nursing students in clinical” 2020, Hong Kong</p>	<p>Shirley Siu Yin Ching; Kin Cheung; Desley Hegney; Clare S. Rees.</p>	<p>Estudo qualitativo; Amostra: 24 estudantes de enfermagem.</p>	<p>O objetivo deste estudo foi explorar as fontes de stress e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem nos diferentes níveis de resiliência e <i>burnout</i> durante a prática clínica.</p>
<p>“Stressors and Coping Strategies during Clinical Practices among Diploma Nursing Students” 2016, Malásia</p>	<p>Rusnani Ab Latif; Mohd Zarawi Mat Nor.</p>	<p>Estudo quantitativo correlacional; Amostra: 346 respostas de alunos de enfermagem (colégio Kubang Kerian). Instrumentos utilizados: Stress Measurement, Perceived Stress Scale .</p>	<p>Este estudo demonstrou que durante as avaliações nos ensinos clínicos e no decorrer do trabalho prático os estudantes demonstraram altos níveis de stress. Esse stress derivou: do cuidar de outros; da pressão de instrutores clínicos/professores e equipa de saúde; das avaliações e da carga de trabalho; coordenação de trabalhar em equipa; ambiente de trabalho; falha no conhecimento profissional. Os resultados proporcionaram identificar as necessidades dos estudantes, como facilitar a sua aprendizagem em contexto de</p>

			ensino clínico e desenvolver intervenções para reduzir o stresse.
“Supervisão de estudantes em ensino clínico: correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte” 2016, Portugal	Joana Rodrigues; Hugo Martins; Nuno Fernandes;  Odete Lemos e Sousa;  Paula Diogo.	Estudo quantitativo correlacional; Amostra: 168 estudantes e por 25 enfermeiros supervisores de ensino clínico. Participantes são estudantes do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem e os enfermeiros orientadores de estudantes que realizaram o 3.º Curso de Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico.	Segundo este artigo os estudantes de enfermagem são confrontados com situações emocionalmente intensas durante a prática de cuidados (aprendizagens ao nível da gestão das emoções). Este estudo pretendeu analisar o efeito da função de suporte do enfermeiro supervisor no desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, para o desempenho do trabalho emocional. Este estudo concluiu que o suporte do enfermeiro supervisor é essencial no desenvolvimento de competências para o desempenho do trabalho emocional no estudante de enfermagem em ensino clínico.
“Estratégias de <i>coping</i> em estudantes do Ensino Superior” 2012, Portugal	Etã Sobal Costa;  Isabel Pereira Leal.	Estudo exploratório descritivo transversal; Amostra: 401 alunos, inscritos no segundo ano das diferentes licenciaturas das três instituições superiores de Viseu.	Este artigo centralizou-se na importância de desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> nos estudantes do ensino superior. Quando um indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida por ele avaliados como perturbadores, o seu organismo reage de forma a tentar gerir esses acontecimentos e ajustar-se aos mesmos. Uma vez que as pessoas não são todas iguais, um acontecimento que deixa um indivíduo muito perturbado pode ser indiferente para outro, existindo uma grande variabilidade entre os acontecimentos indutores de stresse e vulnerabilidade.

<p>Mestrado de Educação para a Saúde, “Estratégias de <i>Coping</i> e Stress no ensino superior: Programa de intervenção” Portugal, 2012</p>	<p>Carla Sofia Santos</p>	<p>Amostra: 33 alunos do ensino superior Estesc. Instrumentos: Questionário de avaliação do programa “Stress e os 5 sentidos”.</p>	<p>Neste estudo foi criado o programa “Stresse e os 5 sentidos”. Consistia em técnicas de relaxamento, técnicas de método de estudo, gestão de tempo, dicas para uma alimentação mais saudável, entre outros. O objetivo principal deste projeto foi promover atitudes, comportamentos e estilos de vida saudáveis que permitam ao estudante lidar com o stresse de forma equilibrada e melhorar a sua capacidade de adaptação à vida académica.</p>
<p>“Estratégias de coping de académicos de enfermagem diante do estresse universitário” 2015, Brasil</p>	<p>Carolina Hirsch; Edison Barlem; Leda Almeida; Jamila Tomaszewski-Barlem; Aline Figueira; Valéria Lunardi.</p>	<p>Estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo. Amostra: 146 alunos de enfermagem) Instrumentos utilizados: Inventário de Estratégias de coping.</p>	<p>Segundo este estudo o coping é a capacidade de enfrentamento e adaptação que permite ao ser humano reagir frente a comportamentos, pensamentos e emoções causadas por eventos stressantes. O estudo permitiu verificar que a dimensão fuga da realidade/esquiva apresentou a maior média do instrumento, assinalando que esse é o tipo de estratégia mais utilizada pelos académicos de enfermagem. Foi possível identificar que os académicos tentam resolver da alguma maneira a situação, centrando-se no problema ou no controle ou gerenciamento das emoções Estudantes mais jovens, que realizavam atividades de lazer, possuíam um local adequado para os estudos e estavam satisfeitos com o curso foram os que mais utilizaram a estratégia de reavaliação positiva. A estratégia de coping mais utilizada pelos estudantes de enfermagem foi a</p>

			fuga da realidade, que compreende uma estratégia centrada na emoção, pouco resolutiva e de baixa eficácia.
“Estratégias de coping na gestão de stresse em ensino clínico - Contributos para a supervisão de estudantes de enfermagem” 2016, Porto	Rui Pedro da Silva Almeida	Estudo quantitativo correlacional; Amostra: 245 estudantes da Escola Superior de Enfermagem do Porto que frequentavam o 3º e 4º anos; Instrumentos no caso de utilizarem: Escala de Situações Indutoras de Stresse em Ensino Clínico em Enfermagem e Questionário de Estratégias de Coping.	Ao longo do tempo, os estudantes de enfermagem em ensino clínico, com as experiências vividas, desenvolvimento pessoal e técnicas, vão adquirindo capacidades para lidar com as situações indutoras de stresse. Determinadas estratégias são inerentes às características da personalidade de cada um, outras vão sendo apreendidas com o passar do tempo, dando novas ferramentas ao estudante. As principais estratégias de coping adotadas pelos enfermeiros em ação, centram-se nas seguintes, não pela ordem de frequência de aplicabilidade: fuga e evitamento; filiação; sublimação; projeção/deslocamento/transferência; resistência; antecipação; desatenção seletiva; identificação; compensação; reação de conversão; isolamento ou despersonalização.
“Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente” 2014, Brasil	Tiago Cristiano de Lima; Fábio Ricardo Consorti Paixão; Elaine Cristina Cândido; Claudinei José Gomes Campos; Maria Filomena .	Estudo qualitativo exploratório. Instrumentos utilizados: Relatório dos discentes sobre o estágio desenvolvido	O crescimento pessoal e profissional obtido foi referido pelos estudantes como fundamental para se sentirem capacitados a atuar como profissionais seguros e competentes. Segundo este artigo o Estágio Curricular Supervisionado propicia que o estudante entre em contato direto com a realidade de saúde da população, o que pode ser considerado de grande importância para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos no decorrer do curso de graduação, por meio da relação

			teoria-prática. Portanto, a vivência do ECS pelo estudante de enfermagem é considerada indispensável, visto que seu processo de trabalho no campo de estágio permite ao aluno adquirir uma identidade na sua atuação, fazendo com que isto flua naturalmente, levando-o a se mostrar cada dia mais preparado e competente, conforme vai lidando com situações em diversos cenários e, assim, enfrentar as exigências do mercado de trabalho
“Percepções do graduando de enfermagem sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio supervisionado integrazador” 2015, Brasil	Danielle Costa de Souza; Ilza Lopes da S. Santos; Janayna de Oliveira Rosa Miranda; Aline Affonso Luna; Fábio José de Almeida Guilherme; Maria da Soledade Simeão dos Santos.	Estudo descritivo e exploratório (pesquisa qualitativa); Os participantes foram os alunos de enfermagem da referida instituição que estavam no Estágio Supervisionado Integralizador I no 2º semestre.	O que inicialmente desperta no graduando a sensação natural, do sentimento novo, onde são descritos como medo, insegurança, e receios, porém, quando se observa a reflexão, a experiência foi lembrada de maneira positiva e fortalecedora.
“Psychological distress: contributes for the portuguese adaption of the SQ-48” 2017, Portugal	Ana Varela; Anabela Pereira; Ariana Pereira; José Carlos Santos.	Estudo Quantitativo correlacional; Amostra: 776 estudantes universitários do 4º ano do curso de Enfermagem Instrumentos utilizados: Questionários.	Tem sido realçada a importância do <i>distress</i> psicológico (DP) no impacto na saúde, qualidade de vida e psicopatologia dos indivíduos. O <i>distress</i> psicológico (DP) pode ser caracterizado como a reação de um indivíduo a fatores indutores de stresse internos e externos e contempla a experiência de um estado psicológico desagradável associado a um elevado desgaste emocional.

<p>“Development of resilience in nursing students: A systematic qualitative review and thematic synthesis” 2019, Noruega</p>	<p>Kirsten Eika Amsrud; Anne Lyberg; Elisabeth Severinsson.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura no intervalo de tempo 2017.</p>	<p>Existe a necessidade de identificar estratégias de suporte para que os alunos de enfermagem desenvolvam resiliência para futuramente exercerem a sua profissão de uma forma segura. Segundo este artigo a resiliência não é algo estático ou que nasce com o indivíduo, é um processo dinâmico e contextual. Ser estudante de enfermagem é ser confrontado com diversas situações stressantes. A prática clínica foi descrita como sendo uma fonte de stresse, pode estar relacionado com a carga de responsabilidade no cuidar de outro indivíduo. A situações que o estudante vai experienciando ao longo da licenciatura pode ter um impacto crucial na sua vida e na jornada como profissional de saúde. Portanto, desenvolver a capacidade de resiliência nos estuantes de enfermagem é um passo determinante para começarem a desenvolver a sua identidade profissional.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## DISCUSSÃO

Se tentássemos construir um discurso, na primeira pessoa, que sistematizasse os dados que encontramos nesta análise poderíamos dizer que os estudantes de enfermagem numa fase inicial são confrontados com diversos desafios aos quais não estão preparados psicologicamente. Como salienta Martins et al., (2017:29), “a enfermagem é uma profissão indutora de muito stresse. A componente causadora deste stresse é a carga emocional que é imposta desde o início do curso e também a responsabilidade de cuidar e manter a saúde do outro.” Dados confirmados em estudos anteriores (Magalhães, 2004; Barroso, 2009), citados pelos mesmos autores, referem que os estudantes de enfermagem no primeiro ensino clínico experienciam níveis de stresse

e ansiedade com maior intensidade, pelo facto de este ser o primeiro confronto com situações vulneráveis. Este primeiro impacto é crucial, podendo gerar no estudante repercussões negativas sobre o seu desempenho, saúde física e bem-estar emocional, possibilitando a ocorrência de sintomas depressivos e até burnout, estando-lhe associado o medo de fracassar. Num outro estudo verificou-se que os alunos do primeiro ano (18-20 anos) são os que demonstraram maiores níveis de stresse comparativamente aos alunos dos anos seguintes (Santos, 2012). Randle referido por Chen et al., (2015) observou que na educação dos estudantes de enfermagem, o ensino clínico é provavelmente um indutor de ansiedade, visto que os estudantes ainda não detêm do conhecimento e experiência

necessária para enfrentar com sucesso um ambiente hospitalar desconhecido e assumir responsabilidade pelos utentes.

A questão que se coloca é, como vivencia o estudante o ensino clínico? Que estados afetivos o movem? Que experiencia face ao outro e às suas necessidades? Assim, sendo que o estudante de enfermagem atravessa um período de inúmeras transformações, tanto sociais como académicas, decidimos analisar o significado da primeira experiência clínica em contexto hospitalar (Cabete et al., 2016; Karaca et al., 2017). O ensino clínico é uma das partes fundamentais da formação de qualquer aluno que ingresse a licenciatura de enfermagem. Poderá afirmar-se que o crescimento pessoal e profissional obtido em ensino clínico é fundamental para que os estudantes se sintam capacitados para atuar como profissionais seguros e competentes (Lima et al., 2014). O estudante é confrontado desde cedo com a realidade dos cuidados e exigência que a profissão acarreta (Cabete et al., 2016). O ensino clínico é um acontecimento significativo no decorrer da formação do estudante de enfermagem, é uma alteração repentina na sua vida, inerentemente causador de stresse (Vaz-Serra, 1999). O estudante vai contactar com cenários fora da sua zona de conforto, como nudez, sofrimento e dor. Sendo portanto um marco de grande intensidade na vida do estudante (Cabete et al., 2016; Costa de Souza et al., 2015; Martins et al., 2017). As situações indutoras de stresse podem advir de determinantes físicos, psicológicos ou sociais (Vaz-Serra, 1999). No caso dos estudantes que vão ingressar o primeiro ensino clínico são alvo de um acontecimento interno, certos pensamentos, emoções fortes que são indutoras de stresse como “posso magoar um indivíduo”, “posso reprovar”, “não vou conseguir executar os procedimentos de forma correta” (Bodys-Cupak et al., 2018). Os estudantes irão ser confrontados com uma nova realidade que irá exigir da sua parte uma adaptação (Ching et al., 2020). O estudante sente stresse

quando considera que não tem aptidões nem recursos para superar o grau de exigência do ensino clínico. Existem três hipóteses que o estudante de enfermagem poderá vivenciar no seu primeiro ensino clínico: o estudante tem aptidões (conhecimento, capacidades, instrução prévia) e recursos suficientes (suporte social, emocional, instrumentos) que lhe permitem dar resposta à situação (ensino clínico), estamos assim perante um padrão controlado de stress (designando-se por stresse sob controlo). Quando as exigências são superiores à capacidade de resposta do indivíduo (o estudante não tem recursos, conhecimentos para as situações que lhe são impostas), acaba por levar a um stresse desgastante (designando-se por stresse excessivo). Quando as aptidões e recursos ultrapassam as exigências, o grau de stresse é mínimo (designando esta hipótese por vida monótona), de acordo com a classificação de Vaz-Serra (1999). Os estudantes de enfermagem têm de lidar diariamente com situações emocionalmente intensas e altamente desgastantes, tanto a nível psicológico como físico, nas interações de cuidados (Diogo et al., 2016). Ser enfermeiro requiere desenvolvimento ao nível da inteligência emocional, visto implicar uma auto percepção e a autorregulação das próprias emoções (Hamaideh, Al-Omari, & Al-Modallal, 2017). Segundo Cabete et al., (2016) é importante sublinhar que a escola de enfermagem tem grande relevância na socialização de valores, normas e comportamentos profissionais e orientação para o status profissional, apesar de existir evidência de que alguns valores profissionais são interiorizados antes do ingresso em enfermagem. As experiências de ensino clínico despertam sentimentos positivos e negativos. Em artigos já mencionados, Gibbons et al. (2008), estudantes do último ano de enfermagem sugeriram uma categorização tripartida para descrever os últimos anos, stresse, académico, clínico e pessoal (Amsrud, Lyberg, & Severinsson, 2019). Ao longo deste artigo, iremos inicialmente focar-nos

nos sentimentos negativos como ansiedade, medo, frustração, insegurança, tristeza e impotência, relacionados com situações difíceis enfrentadas pelo estudante junto dos utentes, da equipa de saúde, dos professores e dos demais colegas (Diogo et al., 2016). Por outro lado, vivencia-se gratificação e motivação, quando os estudantes sentem que foram úteis à pessoa doente hospitalizada e quando são reconhecidos pelo indivíduo hospitalizado, família ou mesmo pelo docente. Os pensamentos e sentimentos negativos que o estudante vivencia, acabam por gerar em si uma grande fonte de stresse impedindo o mesmo de atingir uma aprendizagem a um ritmo normal, reprimindo assim o desenvolvimento de competências, pensamento crítico, ou seja, há um comprometimento a nível da construção da identidade profissional (Ab Latif & Mat Nor, 2016; Chen et al., 2015). Em estudos anteriores Reeve et al. (2013), concluíram que os sentimentos mais descritos pelos estudantes de enfermagem foram a demonstração de ansiedade, preocupação e raiva. O estudante acaba por não conseguir empregar as estratégias de coping mais adequadas para lidar com o stresse vivenciado, comprometendo assim o processo de formação profissional (Hirsch et al., 2015). Existe a necessidade de identificar estratégias de suporte para que os alunos de enfermagem desenvolvam resiliência para futuramente exercerem a sua profissão de uma forma segura (Amsrud, Lyberg, & Severinsson, 2019).

Os sintomas que surgem no seguimento de situações indutoras de stresse variam de pessoa para pessoa. Existe um número considerável de determinantes que desencadeiam/interferem com o surgimento do stresse, tais como a personalidade, situações experienciadas previamente e ter o poder de reunir condições para o controlo sobre a situação vivenciada. Por vezes o professor idealiza um estudante calmo e compreensivo, que faça avaliação e supervisão, que tenha um comportamento ético e incuta confiança, com capacidade de observação e de deteção de conflitos, mas

nem sempre é assim (Martins et al., 2017). Os estudantes não experienciam as mesmas fontes de stresse e bloqueiam em momentos distintos. Em situações de stresse surgem alterações de comportamento (isolamento social, dispepsia, insatisfação global), alterações emocionais (perder a confiança, diminuição de autoestima) e alterações cognitivas (dificuldade na tomada de decisão, dificuldade ao nível de concentração), de acordo com a classificação de Vaz-Serra (1999). A questão que se coloca é “Como lidar com este stresse/ansiedade? Determinados estudos, revelam que os estudantes perante situações perturbadoras e stressantes tendem a intensificar as suas relações fortes (família e amigos), criando uma rede de apoio (Hirsch et al., 2015). Outros, optam por agir como se o problema não existisse, desenvolvendo atividades para se distrair, alterando os seus comportamentos e até as suas posições cognitivas de modo a tentar aceitar a situação vivenciada, além de adotarem comportamentos de compensação (ingestão de álcool e consumo de tabaco) (Costa de Souza et al., 2015; Costa & Leal, 2012). Durante o ensino clínico os estudantes desenvolvem estratégias de acordo com as situações presenciadas, adquirindo competências para superar as exigências impostas pelo meio. Estratégias para lidar com o stresse designam-se por “estratégias de coping”, que ajudam na resolução do problema em questão e auxiliam no controlo de emoções (Lima et al., 2014; Almeida, 2016). O estudante de enfermagem para controlar o stresse durante o ensino clínico necessita previamente de solucionar estratégias de coping (Vaz-Serra, 1999; Singh et al., 2011; Santos, 2012; Hirsch et al., 2015), algumas inerentes às características da sua personalidade e outras adquiridas ao longo do tempo, possibilitando assim a construção de novas ferramentas de aplicação em momentos com altos níveis de stresse (Almeida, 2016).

Os estudantes de enfermagem perante situações indutoras de stresse recorrem como estratégia ao suporte social, este

comportamento pode resultar do facto de a licenciatura em enfermagem deter de uma forte componente relacional com o outro, encarando assim esta estratégia de coping como a mais eficaz (Costa & Leal, 2012). Um ambiente de suporte social é essencial na supervisão dos estudantes, visando a partilha, confiança e abertura para a expressão e gestão emocional (Almeida, 2016; Varela et al., 2017). Outra estratégia que os estudantes acabam por utilizar é a fuga da realidade, que consiste numa estratégia centrada na emoção, pouco resolutiva e de baixa eficácia na tentativa de controlar um evento gerador de stresse (Hirsch et al., 2015). Segundo Kalyani et al., (2019) alguns estudantes revelam situações em que o professor/equipa de enfermagem os recrimina de forma inadequada e acabam por recorrer a uma postura de silêncio (estratégia de coping não eficaz) para reduzir os níveis de tensão. Os estudantes satisfeitos com o curso utilizam, na sua maioria, estratégias positivas de enfrentamento. Por outro lado, os estudantes insatisfeitos com o curso de enfermagem utilizam estratégias de coping negativas, centradas na emoção e não no problema. Portanto os estudantes necessitam de ferramentas que lhes possibilitem trabalhar o lado emocional. O desenvolvimento de competências emocionais revela-se fulcral na capacidade de gerir emocionalmente as situações intensas presentes no exercício da enfermagem, com repercussões na qualidade dos cuidados e no relacionamento com o outro (Diogo et al., 2016). Segundo Martins et al., (2017), à medida que aumenta a idade os estudantes vão desenvolvendo maturidade e familiaridade com as situações impostas, orientadores e colegas e, conseqüentemente, a situação indutora de stresse diminui. Acabando assim por aprimorar a sua rede de estratégias de coping, tornando-se mais consistente e eficaz, permitindo-lhes enfrentar/gerir as situações mais desgastante, sem que possam entrar em exaustão emocional (Santos, 2012).

Os pensamentos e sentimentos negativos que o estudante vivencia, acabam por gerar em

si uma grande fonte de stresse que o impede de uma aprendizagem a um ritmo normal, desenvolver competências, iniciar pensamento crítico, levando a um comprometimento da construção de identidade profissional. A componente geradora de stresse deriva muitas vezes da incapacidade de gerir a carga excessiva de trabalho (Hamaideh et al., 2017). Em geral, os estudantes não conseguem eliminar o stresse, mas sim tentar gerir o mesmo, sendo as estratégias de coping fundamentais para preservar o seu equilíbrio psicossocial (Singh et al., 2011). O estudante acaba por não conseguir aplicar as estratégias de coping mais eficazes para solucionar no momento de stresse, comprometendo o processo de formação profissional (Hirsch et al., 2015). Os estudantes que no ensino clínico optam por utilizar como “estratégia de coping” o evitamento, acabam por ter maior níveis de stresse percebido (Hamaideh et al., 2017). Por isso mesmo, estratégias de coping eficazes e positivismo são as que têm melhores resultados (Hamaideh et al., 2017). O objetivo principal é promover atitudes, comportamentos e estilos de vida saudáveis que permitam ao estudante lidar com o stresse de forma equilibrada e melhorar a sua capacidade de adaptação (Santos, 2012). Como refere Shdaifat et al., (2018:33), “em geral o estudante não consegue erradicar a fonte de stresse mas pode reduzi-la, portanto, podemos afirmar que o coping é o elemento que ajuda a preservar o estado psicológico.”

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados dos estudos analisados, podemos afirmar que os estudantes de enfermagem que ingressam o primeiro ensino clínico revelam diversas situações indutoras de stresse. Ao longo do desenvolvimento deste artigo focalizamos na compreensão do processo ensino-aprendizagem do estudante de enfermagem inserido no primeiro ensino clínico. Pelo que

é necessário diminuir os níveis de stresse experienciados pelo aluno de enfermagem no primeiro ensino clínico, para que o mesmo partilhe uma atmosfera de suporte e tenha uma evolução positiva. As escolas de enfermagem deveriam prestar atenção aos altos níveis de stresse, focalizando-se na oferta de programas de gestão do mesmo. Deste modo, pode ocorrer um processo de adaptação positivo ao evento ameaçador através da utilização de estratégias efetivas de coping.

O desenvolvimento de estratégias de coping ajudam os alunos de enfermagem a lidar com o stresse, ansiedade e deste modo o estudante consegue adquirir capacidades/competências para enfrentar e solucionar problemas sem se expor a altos níveis de stresse. A evidência indicia que a realização de programas formativos de como empregar estratégias de coping eficazes e resolutivas, aumenta a probabilidade de, no final, o aluno ser capaz de desenvolver a sua inteligência emocional e enfrentar os seus problemas sem gerar altos níveis de stresse. Tudo isto reforça a importância das reuniões de análise da prática, com espaço de abertura para a partilha de emoções e sentimentos e para a discussão de situações que despertaram no estudante algum desconforto. O que enfatiza a necessidade de analisar as fontes indutoras de stresse dos alunos do primeiro ensino clínico para que seja possível haver um ajustamento da prática pedagógica de forma a potenciar as aprendizagens.

Os alunos têm expectativas quanto às oportunidades que irão defrontar durante a prática clínica, mas também esperam apoio e acolhimento da equipa de saúde e professores pois, são confrontados com ambientes e situações stressantes, com contradições da teoria e prática, com dificuldades de relacionamento com pacientes, equipe e docentes, o que certamente causa sentimentos de ansiedade e insegurança. Cabe ao orientador/professor, incentivar e capacitar-se os alunos nas experiências iniciais da prática, para que o primeiro contacto seja positivo

e promotor de uma boa gestão do stresse e ansiedade.

#### Implicações e Limitações

Este estudo identifica a primeira experiência de ensino clínico como geradora de ansiedade e stresse, apontando o suporte da equipa de saúde e do professor como promotores de uma boa aprendizagem na gestão do stresse, com naturais repercussões no desenvolvimento do estudante. Informação que será útil para otimizar, tanto quanto possível, os ambientes clínicos e contextos educacionais.

Limitações: o escasso número de artigos com origem em Portugal pode limitar as conclusões tendo em conta os diferentes contextos socioculturais.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ab Latif, R., & Mat Nor, M. Z. (2016). Stressors and Coping Strategies during Clinical Practices among Diploma Nursing Students. *Education in Medicine Journal*, 8(3), 21–33. <https://doi.org/10.5959/eimj.v8i3.422>
- Almeida, R. (2016). Estratégias de coping na gestão de stresse em ensino clínico: Contributos para a supervisão de estudantes de enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Amsrud, K. E., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2019). Development of resilience in nursing students: A systematic qualitative review and thematic synthesis. *Nurse Education in Practice*, 41(August), 102621. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102621>
- Bodys-Cupak, I., Majda, A., Grochowska, A., Zalewska-Puchała, J., Kamińska, A., & Kuzera, G. (2019). Patient-related stressors and coping strategies in baccalaureate nursing students during clinical practice. *Medical Studies*, 35(1), 41–47. <https://doi.org/10.5114/ms.2019.84050>
- Bodys-cupak, I., Majda, A., Skowron, J., Puchała, Z., First, A., Bodys-cupak, I., Majda, A., Skowron, J., Puchała, J. Z., & Trzcińska, A. (2018). First Year Nursing Students' Coping Strategies in Stressful Clinical Practice Situations. *Journal of Education in Science*

Environment and Health, 4(1), 12–18. <https://doi.org/10.21891/jeseh.387474>

Cabete, D., Alves, P., Baixinho, C., Rafael, H., & Viegas, L. (2016). A primeira experiência clínica do estudante de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 3–25.

Chen, C. J., Chen, Y. C., Sung, H. C., Hsieh, T. C., Lee, M. S., & Chang, C. Y. (2015). The prevalence and related factors of depressive symptoms among junior college nursing students: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(8), 590–598. <https://doi.org/10.1111/jpm.12252>

Ching, S. S. Y., Cheung, K., Hegney, D., & Rees, C. S. (2020). Stressors and coping of nursing students in clinical placement: A qualitative study contextualizing their resilience and burnout. *Nurse Education in Practice*, 42(April 2018), 102690. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102690>

Costa de Souza, D., Lopes da S. Santos, I., de Oliveira Rosa Miranda, J., Affonso Luna, A., de Almeida Guilherme, F. J., & da Soledade Simeão dos Santos, M. (2015). Percepções do graduando de Enfermagem sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio supervisionado integralizador I. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9(10), 9550–9557. <https://doi.org/10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.0910201507>

Costa, E. S., & Leal, I. P. (2012). Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 24(2), 189–199. <https://doi.org/10.14417/ap.163>

Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2016). Supervisão de estudantes em ensino clínico: Correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4(spe4), 115–122. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0150>

Hamaideh, S. H., Al-Omari, H., & Al-Modallal, H. (2017). Nursing students' perceived stress and coping behaviors in clinical training in Saudi Arabia. *Journal of*

*Mental Health*, 26(3), 197–203. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139067>

Hirsch, C. D., Barlem, E. L. D., Almeida, L. K. de, Tomaschewski-Barlem, J. G., Figueira, A. B., & Lunardi, V. L. (2015). Estratégias de coping de acadêmicos de enfermagem diante do estresse universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 783–790. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680503i>

Hirsch, C. D., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Lunardi, V. L., & De Oliveira, A. C. C. (2015). Predictors of stress and coping strategies adopted by nursing students. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 28(3), 224–229. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500038>

Kalyani, M. N., Jamshidi, N., Molazem, Z., Torabizadeh, C., & Sharif, F. (2019). How do nursing students experience the clinical learning environment and respond to their experiences? A qualitative study. *BMJ Open*, 9(7), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028052>

Karaca, A., Yildirim, N., Ankarali, H., Açıkgoz, F., & Akkuş, D. (2017). Nursing Students' Perceived Levels of Clinical Stress, Stress Responses and Coping Behaviors. *Journal of Psychiatric Nursing*, 32–39. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.22590>

Leal, S. C., & Santos, J. C. (2016). Suicidal behaviors, social support and reasons for living among nursing students. *Nurse Education Today*, 36, 434–438. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.09.012>

Martins, C., Campos, S., Duarte, J., Martins, R., Moreira, T., & Chaves, C. (2017). Situações Indutoras De Stress E Burnout Em Estudantes De Enfermagem Nos Ensinos Clínicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(spe5), 25–32. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0163>

Santos, C. S. (2012). Estratégias de Coping e Stress no ensino superior: Programa de intervenção. [http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/MESTRADOS\\_ESEC/CARLAS\\_SANTOS.pdf](http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/MESTRADOS_ESEC/CARLAS_SANTOS.pdf)

Shdaifat, E. A., Jamama, A., & Al-Amer, M.

(2018). Stress and Coping Strategies Among Nursing Students. *Global Journal of Health Science*, 10(5), 33. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v10n5p33>

Singh, C., Sharma, S., & Sharma, R. K. (2011). Level of stress and coping strategies used by nursing interns. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 7(4), 152–160. <http://medind.nic.in/nad/t11/i4/nadt11i4p152.pdf>

Varela, A., Pereira, A., Pereira, A., & Carlos Santos, J. (2017). Psychological distress: contributes for the portuguese adaption of the sq-48. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(2), 278–296. <https://doi.org/10.15309/17psd180201>

Vaz-Serra, A. (1999) *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra

# NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

## 1 - TIPOS DE ARTIGOS

### 1.1 - Cartas ao director:

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

### 1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

*Devem estruturar-se da seguinte forma:*

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

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

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

**Desenvolvimento da temática**

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

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

*Extensão máxima recomendada 15 páginas.*

### 1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

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

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

**Fundamentação:** Breve revisão e localização da problemática.

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

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

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

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

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

**Bibliografia**

*Extensão máxima recomendada 20 páginas.*

## 2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO**

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

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

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

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

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

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

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

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

**A taxa de submissão de artigo é de 10€.**

### **4 - PROCEDIMENTOS DA RIE**

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

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

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

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

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

### **5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

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

#### **Monografias;**

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

#### **Artigos de publicações periódicas;**

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

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