





# Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº7 SÉRIE II - MAIO 2014

## SUMÁRIO / SUMMARY

### EDITORIAL

ARMÊNIO GUARDADO CRUZ

7

### HIGIENE ORAL NA PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA A REALIZAR QUIMIOTERAPIA

*ORAL HYGIENE IN PERSON WITH HEMATO - ONCOLOGICAL DISEASE CARRIED OUT*

*HIGIENE BUCAL EN PERSONA CON ENFERMEDAD HEMATO-ONCOLOGICA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA*

SÍLVIA MAGDA SANTOS PEREIRA DOS REIS; ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES

9

### ESTILOS DE VIDA DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DE CHAVES

*LIFESTYLES OF HIGHER EDUCATION STUDENTS OF CHAVES*

*ESTILOS DE VIDA DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE CHAVES*

ALEXANDRINA LOBO; BRUNO BARBOSA

16

### DOENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: QUE NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE?

*PATIENT WITH HEART FAILURE: REQUIREMENTS FOR HEALTH EDUCATION*

*PACIENTE CON INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: ¿QUÉ EDUCACIÓN PARA LA SALUD NECESITA?*

CLÁUDIA SANTOS; LINA ALEIXO; LÚCIA ZACARIAS; RICARDO FREITAS

25

### PERCEPÇÕES DO PAI APÓS O PARTO

*PERCEPTIONS OF FATHER AFTER CHILDBIRTH*

*PERCEPCIONES DEL PADRE DESPUÉS DEL PARTO*

ISABEL MARIA F SANTOS GUERREIRO

34

### AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE TERMINAL: PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

*ASSESSMENT OF PAIN IN TERMINAL PATIENT: PERCEPTION OF NURSES FOR GENERAL CARE*

*VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL ENFERMO TERMINAL PERCEPCIÓN DEL ENFERMERO DE CUIDADOS GENERALES*

CATARINA ALVES; SALOMÉ FERREIRA

42

### QUALIDADE E EFICÁCIA DA VIA VERDE CORONÁRIA

*QUALITY AND EFFICIENCY OF CORONARY FAST TRACK*

*CALIDAD Y EFICACIA DE LA VÍA RÁPIDA CORONARIA*

ÂNGELA SILVA; ELISABETE PEREIRA

49



**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)

**CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWS**

Águeda Gonçalves Marques, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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

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

Carlos Santos Ferreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Maria Teresa Calvário Antunes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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 Diis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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

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

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

**Propriedade e Administração/Ownership**

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

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

**Internet** - [www.sinaisvitais.pt/rie.php](http://www.sinaisvitais.pt/rie.php)

**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** Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, promoveu a abertura a novos paradigmas e modelos de cuidados, direccionadas para a prestação de cuidados numa vertente global de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência, com necessidade de cuidados de saúde e de apoio social, através de intervenções intersectoriais e multidisciplinares.

Este paradigma, implicou novos princípios de organização e funcionamento, transversal aos diversos níveis do SNS, e pretende responder às necessidades existentes de integralidade e continuidade de cuidados, promovendo a autonomia dos utentes, com reflexos na qualidade de vida do utilizador.

A Rede tem vindo a alargar-se progressivamente por todo o continente nos últimos anos, com a criação/adaptação de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas multidisciplinares hospitalares e domiciliárias, onde os enfermeiros têm uma participação fundamental na consecução dos objectivos, nomeadamente na promoção da autonomia e do bem-estar das pessoas em situação de dependência.

Face à dimensão e à importância que esta Rede tem vindo a assumir para a saúde e qualidade de vida da população portuguesa, a Investigação, seja tipo fundamental, translacional, clínica ou sobre serviços de saúde, surge como um pilar crucial para a avaliação dos seus resultados e para a sua sustentação.

Nesse sentido, tendo em conta as diversas tipologias de investigação referidas, a investigação desenvolvida nos Cuidados Continuados Integrados poderá considerar níveis diferentes de análise, desde o nível individual, passando por um nível local/regional até a um nível político, podendo ser dirigidas ao estudo da estrutura organizacional, acessibilidade e desigualdades em saúde, qualidade e governação clínica, ganhos em saúde (indicadores), sustentabilidade, formação, entre outras questões de interesse.

Assim, os enfermeiros têm uma nova área onde podem e devem promover estudos de investigação, em contexto académico ou clínico, de iniciativa individual ou integrados em equipas de enfermagem ou multiprofissionais, em todas as áreas de actividade de Enfermagem (prestação de cuidados, gestão, formação e educação, política e regulação), que poderão contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, para a melhoria da autonomia e qualidade de vida dos cidadãos e, simultaneamente, para o desenvolvimento, a avaliação e a expansão do conhecimento em enfermagem, e para o desenvolvimento profissional.



# HIGIENE ORAL NA PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA A REALIZAR QUIMIOTERAPIA

Sílvia Magda Santos Pereira dos Reis<sup>1</sup>; Isabel Maria Henriques Simões<sup>2</sup>



## Resumo

A mucosite oral é um dos principais efeitos secundários da administração de quimioterapia, com impacto a nível físico e do bem-estar psicológico, e consequentemente na qualidade de vida. Sendo a higiene oral a principal forma de a prevenir e/ou minimizar, foram objectivos desta investigação identificar a importância atribuída aos cuidados de higiene oral; identificar a importância atribuída aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros sobre higiene oral e analisar os hábitos de higiene oral anteriores à situação de doença e actuais.

A amostra foi constituída por 58 sujeitos com doença hematológica que estiveram internados num hospital central, entre Fevereiro e Maio de 2011, para realizarem tratamentos de quimioterapia. Trata-se de um estudo quantitativo de natureza exploratória e transversal, cujo instrumento de colheita de dados foi construído pelas autoras.

Os resultados obtidos permitem constatar que a pessoa com doença hemato-oncológica atribui importância à realização da higiene oral e aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros. Contudo, nem todos os participantes referenciam ter tido ensinamentos, apenas pouco mais de metade da amostra refere que os teve. Constatou-se que a situação de doença mudou as práticas de cuidados de higiene da boca, fazendo-o de forma mais correcta, mas ainda não de forma adequada.

Esta investigação permitiu desenvolver conhecimento numa área de intervenção autónoma de enfermagem ainda pouco estudada, identificar áreas lacunares na assistência de enfermagem, permitindo assim, a definição de intervenções que respondam às reais necessidades da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

**Palavras-chave:** mucosite, higiene oral, enfermagem

## Abstract

### ORAL HYGIENE IN PERSON WITH HEMATO - ONCOLOGICAL DISEASE CARRIED OUT CHEMOTHERAPY

Oral mucositis is one of the major side effects of chemotherapy administration, with impact on physical and psychological well-being, and consequently at the quality of life. As the oral hygiene is the main way to prevent and/or minimize this, the main purposes of this research were to identify the importance attributed to oral hygiene care, identify the importance attached to the teaching conducted by nurses about oral hygiene and analyze oral hygiene prior to disease situation and current.

The sample consisted of 58 subjects with hematologic disease who were admitted to a central hospital between February and May 2011, to perform chemotherapy treatments. This is a quantitative study of exploratory and cross, whose instrument of data collection was constructed by the authors.

The results give an indication that the person with hemato - oncological disease attaches importance to the holding of oral hygiene and teachings conducted by nurses. However, not all participants refer teachings have had, only slightly more than half of the sample referred it. It was found that the disease situation has changed care practices and hygiene of the mouth, making it more accurately, but not yet adequately.

This investigation allowed developing knowledge in the area of autonomous nursing intervention still little studied, identifying deficient areas in nursing care, thus allowing the definition of interventions that respond to the real needs of the person with hemato - oncological disease carried out chemotherapy

**Keywords:** mucositis, oral hygiene, nursing

## Resumen

### HIGIENE BUCAL EN PERSONA CON ENFERMEDAD HEMATO-ONCOLOGICA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

La mucositis oral es uno de los principales efectos secundarios de la práctica de quimioterapia, con un impacto a nivel físico y en el bienestar psicológico, y consecuentemente en la calidad de vida. La higiene bucal es la principal forma de prevenir y/o minimizar esto impacto, y por ello hemos definido como objetivos de esta investigación identificar la importancia atribuida a la higiene oral, identificar la importancia que se concede a la enseñanza llevada a cabo por los enfermeros en respecto a la higiene oral y analizar los hábitos de higiene oral antes y durante la enfermedad.

La muestra consistió en 58 sujetos con enfermedad hematológica que fueron ingresados en un hospital central entre febrero y mayo de 2011, para llevar a cabo los tratamientos de quimioterapia. Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio y transversal, cuyo instrumento de

Rececionado em novembro 2013. Aceite em abril de 2014

<sup>1</sup> Enfermeira – Hospitais da Universidade de Coimbra – CHUC, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, smagda@portugalmail.com

<sup>2</sup> Professora Adjunta – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestre em Família e Sistemas Sociais, isabels@esenfc.pt

*recolección de datos fue construido por las autoras.*

*Los resultados dan una indicación de que la persona con enfermedad hemato-oncológica atribuye importancia a la higiene oral y a las enseñanzas llevadas a cabo por los enfermeros. Sin embargo, no todos los participantes refieren haber tenido enseñanzas. Así mismo, sólo un poco más de la mitad de la muestra ha declarado haberla tenido. Además, se identificó que la situación de enfermedad de los elementos de la muestra ha hecho cambiar sus prácticas de cuidado y de higiene oral, haciéndola de una forma más correcta, aunque todavía insuficiente.*

*Esta investigación permitió desarrollar conocimiento en la área de intervención autónoma de enfermería todavía poco estudiado, identificar las áreas deficientes en la atención de enfermería, lo que permite la definición de las intervenciones que respondan a las reales necesidades de una persona con enfermedad hemato-oncológica que esté realizando quimioterapia.*

**Palabras clave:** *mucositis, higiene oral, enfermería.*

## INTRODUÇÃO

A quimioterapia é comumente utilizada no tratamento das doenças hemato-oncológicas. Uma das suas complicações mais comuns é a mucosite oral, que afecta mais de 40% dos doentes oncológicos (Volpato *et al.*, 2007).

Mucosite engloba todas as alterações que se produzem nas mucosas, desde a orolabial à anogenital. A mucosite oral atinge principalmente os lábios, a região do palato mole, a mucosa jugal, as gengivas, a região lateral e inferior da língua, a parede faríngea e os pilares amigdalianos (Volpato *et al.*, 2007; Gutierrez *et al.*, 2009).

As alterações da mucosa oral desenvolvem-se entre o sétimo e o décimo dia após a administração da quimioterapia, provocando eritema do palato mole, mucosa jugal e língua, que frequentemente evolui para descamação. Os doentes podem ainda, experienciar edema da região lateral da língua, que com a fricção dos dentes pode provocar ulcerações. Estas lesões são dolorosas causando dificuldade em comer, beber e falar, comprometendo assim, o estado nutricional e a auto-imagem, com implicações na continuidade dos tratamentos. Pode, ainda, com a proliferação bacteriana, fúngica ou vírica, evoluir para uma infecção sistémica, implicando aumento de dias de internamento, no aumento da morbidade e da mortalidade, com repercussões nos custos em saúde e na qualidade de vida, tanto da pessoa com cancro como dos seus familiares (Akagi e Lesser, 2001; Volpato *et al.*, 2007; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009).

A higiene oral é a principal forma de prevenir e/ou minimizar a mucosite oral, tanto antes como

durante e após os tratamentos de quimioterapia, pois reduz o desenvolvimento de microrganismos e diminui o risco de desenvolver mucosite severa (Albuquerque e Camargo, 2007; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009). Os protocolos de cuidados orais, quando sistematicamente aplicados, têm efeitos significativos no decréscimo da incidência e severidade da mucosite (Harris *et al.*, 2008; Bhatt *et al.*, 2010). Contudo, os cuidados orais nem sempre são valorizados. Os ensinamentos sobre higiene oral quando realizados são muitas das vezes feitos de forma pouco consistente, resultando em doentes pouco sensibilizados para a importância da higiene oral e da avaliação sistemática da integridade da mucosa oral para que, assim, possam identificar os primeiros sinais e sintomas da mucosite oral. Segundo Eilers (2004) os ensinamentos não obedecem a planos estruturados nem é avaliado os seus resultados, sendo esta uma área em que a enfermagem pode e deve intervir autonomamente.

Relativamente aos cuidados com os dentes, vários autores referem que devem ser escovados em todas as suas faces pelos menos durante 90 segundos e no mínimo duas vezes ao dia, após o pequeno-almoço e antes de deitar (Harris *et al.*, 2008; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009). Outros autores evidenciam que os cuidados orais devem ser efectuados após todas as refeições (Silva e Dias, 2007; Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa - AEOP, 2009). Os dentes devem ser escovados com escova macia (Harris *et al.*, 2008; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009) ou com uma escova de esponja quando a escovagem se torna dolorosa ou provoca hemorragia (Eilers, 2004; Benito, 2006). Para além

dos dentes também devem ser escovadas as gengivas, a língua, o palato e todos os tecidos moles (Huskinson e Lloyd, 2009). O fio dentário deve ser usado pelo menos uma vez por dia, caso não haja contra-indicação, como por exemplo plaquetas inferiores a 50.000  $\mu$ l pelo risco de hemorragia (Harris *et al.*, 2008; Sieracki *et al.*, 2009).

Se o doente usar prótese dentária esta deve ser removida e lavada aquando da higiene oral. Diariamente deve ser lavada com pasta e escova de dentes, mergulhada durante a noite em solução antimicrobiana, sendo recomendado o uso de solução de hipoclorito de sódio a 1% se não apresentar estruturas metálicas, e antes da sua utilização enxaguada com água (Albuquerque e Camargo, 2007). No entanto, Sieracki *et al.*, (2009) recomendam que a prótese dentária após escovada deve ser mergulhada em solução salina isotónica.

## METODOLOGIA

Foram objectivos deste estudo: identificar a importância que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia atribui aos cuidados de higiene oral; identificar a importância que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia atribui aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros sobre higiene oral, e analisar os hábitos de higiene oral anteriores à situação de doença e actuais da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

Trata-se de um estudo com uma abordagem quantitativa de natureza exploratória e transversal.

As variáveis importância atribuída à higiene oral e importância atribuída aos ensinamentos foram avaliadas num contínuo de escala tipo Likert com cinco opções de resposta: nada importante, pouco importante, indiferente, importante e muito importante.

A revisão da literatura permitiu definir correcta higiene oral antes da situação de doença como um conjunto de quatro comportamentos: vezes por dia (duas ou mais vezes), produtos utilizados (escova e pasta de dentes), tempo de escovagem (escovagem igual ou superior a dois minutos) e zonas higienizadas (todas as estruturas da boca); e, uma

correcta higiene oral durante a situação de doença quando se verifica a realização do conjunto de 4 comportamentos: vezes por dia (duas ou mais vezes), produtos utilizados (escova de dentes macia ou escova de esponja, pasta de dentes e desinfecante oral), tempo de escovagem (escovagem igual ou superior a 90 segundos) e zonas higienizadas (todas as estruturas da boca).

A amostra foi constituída por 58 participantes com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, internados num serviço de um hospital central, entre os meses de Fevereiro e Maio de 2011. A colheita de dados foi realizada em doentes que tinham terminado a infusão do ciclo de quimioterapia e com capacidade física para a realização do autocuidado higiene oral.

A amostra apresentou uma ligeira predominância do género masculino, com idade entre os 18 anos e os 65 anos, com média de idades de 42,16 anos.

O instrumento de colheita de dados foi construído pelas autoras, dividindo-se em duas partes. Uma primeira parte, relativa aos dados sócio-demográficos e clínicos e uma segunda parte, direccionada aos comportamentos de higiene oral e ensinamentos recebidos.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### Importância atribuída à higiene oral

Pela análise do Quadro 1 verificamos que os participantes têm uma opinião muito positiva acerca da importância da higiene oral, sendo que a grande maioria 75,9% consideram-na muito importante e 24,1% apontam-na como importante. Importa realçar que nenhum dos elementos da amostra considera a higiene oral como nada importante, pouco importante ou indiferente.

Os resultados obtidos no estudo, não permitem identificar se esta valorização atribuída à higiene oral resulta da situação de doença, ou se é algo que já fazia parte da atitude dos participantes antes da situação de doença.

Esta importância atribuída prende-se por um lado, ao facto de que nas gerações mais jovens ser inculcido desde muito cedo hábitos de higiene

oral e por outro, às técnicas de *marketing* utilizadas pela comunicação social em que é feito um convite diário ao uso de produtos de higiene oral, valores de beleza associados a uma boca e dentes saudáveis, sendo mesmo em Portugal assinalado o *mês da higiene oral*.

À luz da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, estes resultados são muito positivos dado que a capacidade para o autocuidado, mas esta por si só não é suficiente para a sua realização, ou seja, para manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar. É, também, essencial atribuir importância ao autocuidado. Assim, a pessoa deve atribuir significado e valor ao autocuidado e, os objectivos e os resultados das acções de autocuidado devem ser importantes ou significativos, de forma que a pessoa possa fazer julgamentos e tomar decisões racionais (Orem e Taylor, 2011).

*Quadro 1 – Distribuição da amostra em função da importância atribuída à higiene oral e importância atribuída aos ensinamentos*

Importância atribuída	Importância atribuída à higiene oral (N=58)		Importância atribuída aos ensinamentos (N=33)	
	n	%	n	%
Nada importante	0	0	0	0
Pouco importante	0	0	0	0
Indiferente	0	0	0	0
Importante	14	24,1	7	21,2
Muito importante	44	75,9	26	78,8
Total	58	100	33	100

### Importância atribuída aos ensinamentos

Relativamente à percepção dos ensinamentos sobre higiene oral realizados pelos enfermeiros verificou-se que dos 58 inquiridos que participaram no estudo apenas 56,9% referiram ter recebido ensinamentos, os restantes 43,1% afirmaram não terem tido ensinamentos.

Dos participantes que referiram ter recebido ensinamentos verifica-se (Quadro 1) que todos lhes atribuíam importância, dos quais 78,8% consideram-no muito importantes. Importa realçar que nenhum

dos participantes considerou os ensinamentos como nada importantes, pouco importantes ou indiferentes. No entanto, importa salientar que apenas uma percentagem muito pequena de participantes referiram ter tido ensinamentos.

Educação para a saúde, não é a mera passagem de informação, a adopção de comportamentos saudáveis é muito mais que isso, implica a percepção e aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências e muitas das vezes mudança de comportamentos. Tem como objectivo ajudar a pessoa a alcançar mais autonomia, através da promoção, manutenção e recuperação da saúde; prevenção da doença e assistência às pessoas para lidarem com os efeitos da doença (Loureiro e Miranda, 2010).

Na educação para a saúde os enfermeiros desempenham um papel de relevo na eficácia da informação apreendida pela pessoa, sendo esta uma componente essencial do cuidado em enfermagem. Na pessoa em processo de doença a deficiência ou inexistência de educação para a saúde pode ter várias repercussões negativas, como não adesão ao tratamento, deficiência ou incapacidade de autocuidado, incapacidade de práticas preventivas e consequentemente maior necessidade de cuidados de saúde (Smeltzer e Bare, 2005).

Vários são os autores que destacam a importância dos ensinamentos na realização do autocuidado, apontando a necessidade destes serem consistentes e criativos. Estudos com pessoas com diabetes concluíram que o conhecimento acerca da doença, o desenvolvimento de estratégias adaptativas e um programa educacional promotor do autocuidado são factores facilitadores da realização do autocuidado (Sigurdardóttir, 2005; Tanqueiro, 2013). Num estudo realizado com doentes internados num serviço de cirurgia geral, Carvalho (2007) chegou a conclusões idênticas, mostrando que há maior envolvimento nos cuidados quando os doentes têm informação sobre a sua situação de saúde e sobre o que podem fazer e como o podem fazer. Noutro estudo realizado em doentes com cancro submetidos a quimioterapia, a informação fornecida pelos profissionais de saúde, no início do tratamento, de forma adequada e sistemática tanto aos doentes como familiares melhora a ca-

pacidade de autocuidado, devido à aprendizagem de estratégias para gerir sinais e sintomas, particularmente, a fadiga que é um factor condicionador do autocuidado (Spichiger *et al.*, 2012).

Segundo Eilers (2004) os doentes assumem maior responsabilidade no autocuidado quando são ensinados sobre os cuidados a ter com a sua boca e lhes é fornecida informação sobre os princípios básicos de uma correcta higiene oral, treino de habilidades e importância da vigilância periódica.

No entanto, importa realçar que maior conhecimento não implica por si só maior empenho no autocuidado. Cada pessoa é única, sendo necessário adequar os programas de ensino a cada pessoa individualmente. Assim, é fundamental compreender a importância do autocuidado higiene oral, na perspectiva dos doentes, de forma a desenvolver programas de intervenção adequados e úteis na abordagem das prioridades percebidas pelos próprios doentes e assim contribuir para a prática clínica de qualidade. A aprendizagem é, então, vista como um processo que não deve ser pontual, necessitando de ser estruturado em termos de acções a curto, médio e longo prazo (Montovani, 2010).

**Hábitos de higiene oral**

Relativamente aos hábitos de higiene oral anteriores à situação de doença, 96,6% participantes afirmaram que realizavam a higiene oral diariamente, apenas 3,4% participantes referiram que o não faziam. No entanto, a análise dos resultados revelou que nenhum sujeito da amostra realizava uma correcta higiene oral antes do seu período de doença (Quadro 2).

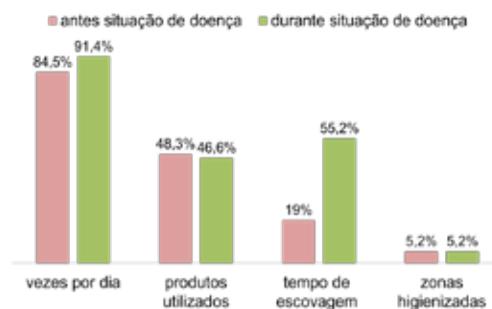
No que respeita aos hábitos de higiene oral durante a vivência da doença, todos os participantes afirmaram que realizavam a higiene oral, mas só 91,4% a fazia diariamente. Os resultados evidenciam que apenas 1 elemento da amostra realizava uma correcta higiene oral, ou seja, o conjunto dos 4 comportamentos assumidos como correcta higiene oral.

Quadro 2– Distribuição dos elementos da amostra em função do número de comportamentos correctos de higiene oral antes e durante a sua situação de doença (N=58).

Número de comportamentos correctos de higiene oral	Antes da situação de doença		Durante a situação de doença	
	n	%	n	%
0	3	5,2	1	1,7
1	24	41,4	16	27,6
2	26	44,8	25	43,1
3	5	8,6	15	25,9
4	0	0,0	1	1,7
Total	58	100,0	58	100,0

Ao comparar a distribuição da amostra, em função do número de comportamentos correctos de higiene oral, antes e durante a situação de doença verificamos que, em ambas as situações, mantém-se uma maior frequência de dois comportamentos correctos, com percentagens muito idênticas (44,8% vs. 43,1%). No entanto, observa-se que durante a situação de doença há alterações positivas no número de comportamentos correctos. Assim, durante a situação de doença há uma diminuição de participantes com nenhum comportamento (5,2% vs. 1,7%) e apenas um comportamento correcto (41,4% vs. 27,6%), um aumento de elementos da amostra com três (8,6% vs. 25,9%) e quatro (0,0% vs. 1,7%) comportamentos correctos. Ou seja, houve um aumento de participantes a realizar três ou quatro comportamentos correctos de 5 para 16 respectivamente.

Gráfico 1- Representação dos elementos da amostra em função dos comportamentos correctos de higiene oral antes e durante a sua situação de doença (N=58).



Ao observar o Gráfico 1 verificamos que tanto antes como durante a situação de doença, a grande maioria dos participantes realiza higiene oral duas ou mais vezes por dia, com um ligeiro aumento durante a situação de doença 84,5% e 91,4% respectivamente.

Relativamente aos produtos utilizados, verifica-se que um pouco menos de metade da amostra utilizava os materiais adequados, tanto antes (48,3%) como durante (46,6%) a situação de doença, salientando que estes resultados mostram que durante a situação de doença houve uma diminuição embora não muito marcada nos participantes que utilizam os materiais de higiene oral correctos: escova macia, pasta de dentes e desinfectante oral.

Quanto ao tempo de escovagem verificamos que houve uma melhoria franca quando comparados os resultados antes da situação de doença com o período de doença. Assim, verifica-se que 19% da amostra realizava a escovagem da boca no tempo considerado correcto, antes de ser diagnosticada uma doença hemato-oncológica e durante a situação de doença, mais de metade da amostra (55,2%) realiza a escovagem da boca no tempo correcto, sendo aqui que ocorrem as maiores alterações entre o antes e o durante a situação de doença.

No que respeita às zonas da boca que são lavadas, constata-se que tanto antes como durante a situação de doença só uma percentagem mínima dos participantes (5,2%) o faz de forma correcta, ou seja, lava todas as estruturas da boca, nomeadamente dentes, gengivas, língua, palato e mucosa jugal.

Na análise dos resultados sobre os hábitos de higiene oral verificou-se que houve uma melhoria substancial na higienização da boca entre o antes e o durante a situação de doença, quer com o aumento dos participantes que higienizam a boca, quer na forma como o fazem. Contudo uma melhoria é insuficiente, pois os resultados encontrados estão muito longe do ideal. Importa perceber e reflectir sobre o que está na origem destes resultados, de forma a implementar estratégias que consigam estimular a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar uma correcta higiene oral.

São inúmeros os autores que defendem a importância de uma correcta higiene oral como forma de prevenir ou minimizar a mucosite oral na pessoa

com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia e em última instância a prevenção de infecções sistémicas (Albuquerque e Camargo, 2007; Volpato *et al.*, 2007; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009).

Uma maior adesão à higiene oral e à sua correcta realização pode estar relacionada com o facto dos participantes estarem a vivenciar um processo de doença hemato-oncológica. A doença requer adaptação às condições impostas, nomeadamente na aquisição de correctos hábitos de higiene oral, em que os enfermeiros têm um papel fundamental na transmissão de conhecimentos, treino de habilidades e motivação da pessoa para o autocuidado higiene oral.

## CONCLUSÃO

Embora a importância atribuída à higiene oral e aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, fossem considerados importantes ou mesmo muito importantes por todos os elementos da amostra e sejam recursos fundamentais para a realização do autocuidado higiene oral, verificou-se que a situação de doença mudou de forma positiva as práticas de cuidados de higiene da boca, no entanto, a forma como é realizada está longe de ser correcta, pelo que os enfermeiros devem assumir a responsabilidade que têm na capacitação da pessoa para este autocuidado. Importa reflectir de que forma são realizados os ensinamentos e como são validados.

Os resultados deste estudo permitiram identificar áreas lacunares na assistência de enfermagem que permitirão a definição de intervenções que dêem resposta às reais necessidades da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

Reconhece-se a existência de algumas limitações associadas à realização desta investigação. Entre elas destaca-se a dimensão reduzida da amostra e a dificuldade em encontrar estudos nesta área de forma a confirmar ou refutar os resultados encontrados. No entanto, acredita-se no seu contributo positivo para o conhecimento em Enfermagem e para a melhoria da prática clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEOP – Caphosol<sup>®</sup>. [em linha], Novembro de 2009. [Consult. 25 de Novembro de 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.mouthsmadegood.com/PT-PT/about-caphosol.asp
- AKAGI, Cheryl; LESSER, Donna – A review of chemotherapeutic agents and their oral manifestations. **Journal of the California dental hygienist's association**. Vol. 16, nº2 (2001), p. 10-16.
- ALBUQUERQUE, Iêda; CAMARGO, Teresa – Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro. ISSN 2176-9745. Vol. 53, nº2 (2007), p. 195-209.
- BENITO, Ana – Mucosite. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – Manual de Cuidados Paliativos. 1ª ed. Lisboa: Centro de Bioética – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 337-345.
- BHATT, Valkal [et al] – Implementation of a standardized protocol for prevention and management of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. **Journal Oncology Pharmacy Practice**. London. ISSN 1477-092X. Vol. 16, nº3 (2010), p. 195-204.
- CARVALHO, Maria – A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: da passividade à participação activa no seu processo de cuidados. In GOMES, Idalina Delfina – Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2007. ISBN 978-972-8485-86-3. p. 21-66.
- EILERS, June – Nursing interventions and supportive care for the prevention and treatment of oral mucositis associated with cancer treatment. **Oncology Nursing Forum**. Pittsburg. ISSN 1538-0688. Vol. 31, nº4 (2004), p. 13-23.
- GUTIERREZ, Cabezon [et al] – **Manual CTO de urgencias oncológicas**. Madrid: CTO Editorial, 2009. 271p. ISBN: 978-84-92523-09-2.
- HARRIS, Debra [et al] – Putting Evidence into practice: evidence based interventions for oral management of oral mucosites. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. Pittsburg. ISSN 1538-067X. Vol.12, nº1 (2008), p. 141-152.
- HUSKINSON, W.; LLOYD, H. – Oral health in hospitalized patients: assessment and hygiene. **Nursing Standard**. Londres. ISSN 0029-6570. Vol. 23, nº 36 (2009), p. 43-47.
- LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia – **Promover a saúde: dos fundamentos à saúde**. Coimbra: Edições Almedina, 2010. 338p. ISBN: 978-972-40-4399-9.
- MANTOVANI, Maria – Diagnóstico e planeamento em saúde. In MIRANDA, Sónia Maria Resende Camargo; MALAGUTTI, William – Educação em saúde. São Paulo: Phorte Editora, 2010. ISBN 978-85-7655-283-3. p. 23-36.
- OREM, Dorothea; TAYLOR, Susan – Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. **Nursing Science Quarterly**. ISSN 1552-7409. Vol. 24, nº1 (2011), p. 35-41.
- SIERACKI, Rena [et al.] – Development and implementation of oral care protocol for patients with cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. Pittsburg. ISSN 1538-067X. Vol.13, nº6 (2009), p. 718-722.
- SIGURDARDÓTTIR, Árún – Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 14 (2005), p. 301-314.
- SILVA, Susana; DIAS, Vera – Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica pós-quimioterapia: definição de guideline. **Onco.News**. Porto. ISSN 1646-7868. Ano I, Nº3 (Verão 2007), p. 11-17.
- SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda – **Brunner e Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. 2419 p. ISBN 85-277-1057-9.
- SPICHIGER, Elisabeth [et al] – Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: a qualitative study. **European Journal of Oncology Nursing**. ISSN 1462- 3889. Vol. 16, nº2 (2012), p. 165-171.
- TANQUEIRO, Maria Teresa – A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. Série III, nº9 (Março 2013), p. 151-160.
- VOLPATO, Luiz Evaristo Ricci [et al.] – Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. São Paulo. Vol. 74, nº4 (2007), p. 562-568.

# ESTILOS DE VIDA DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DE CHAVES

Alexandrina Lobo<sup>1</sup>; Bruno Barbosa<sup>2</sup>



## Resumo

O ensino superior é um marco importante na vida de qualquer jovem, corresponde a uma fase de maior independência e mudanças no estilo de vida, especificamente em termos de tempo, geralmente associada a mudanças significativas nos hábitos alimentares e atividade física. Neste trabalho descrevemos e comparamos os estilos de vida e comportamentos de risco dos estudantes do ensino superior em Chaves.

**Método:** Estudo transversal, descritivo/correlacional de abordagem quantitativa. Os dados foram recolhidos através de um questionário de auto-preenchimento, numa amostra de 92 estudantes universitários Chaves.

**Resultados:** A maior parte dos estudantes faz as refeições em casa, que eles próprios ou os familiares preparam; raramente comem na cantina e recorrem a fast food. Quase todos os estudantes consideram que tem uma vida sedentária. Quanto aos hábitos de consumo de tóxicos verifica-se que: 45,7% consome bebidas alcoólicas regularmente (pelo menos uma vez por semana); 41,3% fuma tabaco; 12% e 8,7% fuma e consome drogas ilícitas, respetivamente.

**Conclusão:** Alguns estudantes estão envolvidos em comportamentos de risco que muitas vezes coexistem. Estes resultados podem contribuir para uma compreensão mais profunda dos estilos de vida dos jovens no ensino superior e identificar indicadores adequados para intervenções de promoção da saúde.

**Palavras-chave:** hábitos alimentares; atividade física; álcool; tabaco.

## Abstract

*LIFESTYLES OF HIGHER EDUCATION STUDENTS OF CHAVES.*

*Higher education is an important factor in the life of any young milestone, corresponding to a stage of greater independence and changes in lifestyle, specifically in terms of time, usually associated with significant changes in eating habits and physical activity. In this work we describe the lifestyles and risk behaviors of adolescents in higher education of Chaves.*

**Method:** *Cross-sectional study, descriptive/correlational and quantitative approach. Data were collected through a self-completed questionnaire, a sample of 92 college students Chaves.*

**Results:** *Most students make meals at home that they or family members prepare; rarely eat in the cafeteria and resort to fast food. Almost all students consider having a sedentary lifestyle. As for the consumption habits of toxic it is found that: 45.7% consumed alcohol regularly (at least once a week); 41.3% smoke tobacco; 12% and 8.7% smoke and consume illicit drugs, respectively.*

**Conclusion:** *Many higher education students engaged in risky behaviors that often coexist. These results can contribute to a deeper understanding of the lifestyles of young adults in higher education and identify appropriate indicators for interventions to promote health.*

**Keywords:** *eating habits; physical activity; alcohol; snuff; tobacco*

## Resumen

*ESTILOS DE VIDA DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE CHAVES*

*La educación superior es un hito importante en la vida de cualquier joven, corresponden a una etapa de mayor independencia y los cambios en los estilos de vida, específicamente en términos de tiempo, por lo general asociados con cambios significativos en los hábitos alimentarios y la actividad física. En este trabajo tratamos de describir los estilos de vida y los comportamientos de riesgo de los adolescentes en Cayo educación superior.*

**Método:** *Estudio transversal, descriptivo/correlacional, de abordaje transversal e cuantitativo. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario rellenado auto, una muestra de 92 estudiantes universitarios de Chaves.*

**Resultados:** *La mayoría de los estudiantes a hacer las comidas en casa que ellos o miembros de la familia preparan; rara vez comer en la cafetería y recurrir a la comida rápida.*

*Casi todos los estudiantes consideran que tienen un estilo de vida sedentario. En cuanto a los hábitos de consumo de tóxicos que se compruebe que: el 45,7% consume alcohol de forma regular (al menos una vez a la semana); 41,3% fuma tabaco; 12% y el 8,7% fuma y*

Rececionado em março 2014. Aceite em maio de 2014

<sup>1</sup> Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, em Chaves. Doutoramento em Atividade Física e Saúde pela Universidade do Porto, com Especialização em Enfermagem de Reabilitação pela Universidade do Minho. Contato: damialobo@gmail.com

<sup>2</sup> Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, em Chaves.

*consumen drogas ilícitas, respetivamente.*

**Conclusión:** *Muchos estudiantes de educación superior participan en conductas de riesgo y que a menudo coexisten. Estos resultados pueden contribuir a una comprensión más profunda de los estilos de vida de los adultos jóvenes en la educación superior e identificar los indicadores adecuados para las intervenciones de promoción de la salud.*

**Palabras clave:** *los hábitos alimenticios; la actividad física; alcohol; tabaco*

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde definiu estilo de vida como um modo de viver baseado na interação entre as condições de vida e os padrões de conduta individuais determinados por características individuais, e por fatores socioculturais (OMS, 1989). Por sua vez, o Ministério da Saúde caracterizou os estilos de vida como um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações diárias, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados, ao longo do ciclo de vida (Despacho n.º1916/2004).

Perante o exposto, podemos depreender que o conceito de estilo de vida não é um conceito estático, mas sim dinâmico, que se vai transformando ao longo do ciclo de vida da pessoa e que se vai construindo com base nas suas vivências, e expectativas futuras. A este constructo, estão inerentes atitudes, comportamentos e valores, no âmbito da atividade física, da alimentação, do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas; assumindo assim um lugar relevante no contexto de promoção da saúde e da prevenção da doença.

Ainda nesta linha de pensamento, surgiu a definição do International Council of Nurses (ICN), definindo o estilo de vida como a ação relacionada com o próprio, com as determinadas características específicas: padrão repetido de atividades que se sabe que, com o tempo, influenciam a saúde e que se tornam habituais como padrão de estilo de vida (ICN, 2000, p.64).

De referir ainda, que é na transição para a vida adulta, que os jovens adolescentes enfrentam o desafio de adotarem comportamentos saudáveis (WHO 2006a); neste sentido variados autores referem que os comportamentos saudáveis adquiridos durante a adolescência tendem a prevalecer na idade adulta (Branen & Fletcher, 2011; WHO,

2006d) transmitindo-se para as gerações futuras (WHO, 2003).

Certo é que, ao dotarmos os estudantes do ensino superior de conhecimentos que lhes permitam adquirir estilos de vida saudáveis, estamos a ajudá-los a otimizar a sua saúde. Por conseguinte, vai possibilitar-se o seu desenvolvimento saudável, pois constata-se que muitos dos comportamentos adquiridos (consumo de álcool e tabaco, alimentação não equilibrada, ausência de atividade física, entre outros) podem influenciar, a sua saúde a curto ou a longo prazo (WHO, 2005a).

### *Hábitos alimentares*

O problema alimentar é, cada vez mais, um problema de impacto mundial. Neste sentido, para o diagnóstico da situação alimentar, e para a consequente atuação nesta área, é necessário adotar métodos de análise, capazes de identificar os vários fatores determinantes do consumo alimentar. É um problema que nos inclui especialmente a nós enfermeiros, pois temos um papel fundamental de educadores ao nível da prevenção. Surge assim, a educação para a saúde, no sentido da promoção desta.

Os hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior são, para nós, uma confrontação quotidiana. Por isso lançamo-nos ao seu estudo. Certo é que os hábitos alimentares adquiridos durante a adolescência tendem a ser mantidos na vida adulta (Branen & Fletcher, 2011) tendo repercussões marcantes na saúde dos indivíduos, particularmente ao nível do bem-estar físico e emocional (WHO, 1993). A evidência demonstra que uma alimentação saudável e equilibrada é um fator determinante no sentido de obter ganhos em saúde (Ministério da Educação, 2006).

Os estudantes do ensino superior podem considerar-se um grupo vulnerável a nível nutricional

por diversos motivos como os seus padrões alimentares e estilos de vida, associados aos comportamentos de risco. Com o ingresso no ensino superior, e o aumento de autonomia, estes jovens começam a passar mais tempo fora de casa e em consequência a fazer mais refeições fora.

A evidência demonstra um aumento dramático da obesidade na adolescência nas últimas três décadas (Singhal et al., 2007), sendo certo que predispõe à obesidade na idade adulta (Society for Adolescent Medicine, 2006). Encarada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia do século XXI, a obesidade tem crescido para níveis alarmantes (WHO, 1997), apresentando-se como um grave problema de saúde pública no contexto atual. A sua causa deve-se, em grande parte, ao aumento da ingestão de alimentos gordurosos, bem como à diminuição da atividade física.

#### ***Atividade física e hábitos sedentários***

Ao referirmo-nos à atividade física, convém mencionar que pode assumir várias definições. De acordo com Armstrong e Welsam (2006), pode ser definida como todo o movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, originando consumo de energia.

Ao abordar a atividade física, referimo-nos a um conceito, que se pode considerar a componente fundamental de qualquer estratégia, que vise abordar os problemas de estilos de vida sedentários e da obesidade em adolescentes e adultos (WHO, 2006c).

De acordo com Schneider et al. (2008) tornou-se evidente, nas últimas décadas, o seu papel na promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se a importância da sua prática regular como um contributo para a qualidade de vida da população do ensino superior.

A evidência científica demonstra que a adoção de níveis satisfatórios de atividade física é elementar para um estilo de vida saudável, tendo em vista os seus efeitos positivos para a saúde; conforme podemos verificar nos resultados dos estudos epidemiológicos que expressam os ganhos para a saúde relacionados com o ser suficientemente ativo (WHO, 2006d).

Como se pode verificar pelo descrito anteriormente, também a prática regular de atividade física

encetada na adolescência tenderá a manter-se na vida adulta; neste sentido a promoção da atividade física deve ser considerada uma prioridade da saúde pública (Hallal et al., 2006), atendendo a que se verifica uma tendência para o aumento do sedentarismo (WHO, 1999) nomeadamente na população do ensino superior, associada a diversificados fatores. Nos estudantes do ensino superior, devido às mudanças associadas ao desenvolvimento tecnológico, os estilos de vida sedentários estão a tornar-se uma realidade; sendo a falta de tempo a razão que um terço dos cidadãos da União Europeia aponta para nunca praticarem desporto (Eurobarometer, 2004).

Neste sentido, a OMS preconiza que os adultos devem exercer, pelo menos, 30 minutos diários de atividade física, no mínimo três dias por semana (WHO, 2006d; WHO, 2002). São variados os estudos que referem a prática de atividade física, como um fator importante na diminuição da prevalência de comportamentos de risco, tais como o consumo de tabaco e de álcool, e a alimentação não saudável (WHO, 2006b), podendo também contribuir para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis na idade adulta (Rodríguez et al., 2002).

Nos últimos anos a American Academy of Pediatrics expressou a sua preocupação sobre a quantidade de tempo que os adolescentes passam a ver televisão e sobre o seu impacto na redução do tempo de atividade física (American Academy of Pediatrics, 2013), assim como o uso de tecnologias, que se tornou outro dos responsáveis por estilos de vida mais inativos (WHO, 2006c; WHO, 2006d).

#### ***Consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco***

Já se referiu anteriormente que os comportamentos de risco adoptados na adolescência podem ter um impacto na saúde a longo prazo. Incluindo-se entre eles o consumo de tabaco (Dowdell, 2002), e o consumo de álcool, sendo este último apontado como uma das principais causas indiretas de morte em adultos jovens (U.S. Department of Health and Human Services, 2007).

Se nos reportarmos à evidência científica, depreendemos que, as estratégias de intervenção diri-

gidas aos adolescentes devem basear-se mais na prevenção da iniciação de consumos, do que na sua cessação (Stein et al., 2000).

Não existem dúvidas quanto ao facto de que fumar é prejudicial à saúde em todas as fases do ciclo vital. Sendo certo que o seu consumo é responsável por cerca de 5 milhões de mortes anualmente, constituindo a primeira causa de morbilidade e mortalidade evitável (Nunes, 2006).

Sabe-se ainda que, o consumo de tabaco aumenta significativamente em adolescentes que têm outros comportamentos de risco, como o consumo de álcool (American Academy of Pediatrics, 2013), bem como naqueles que não praticam desporto (Emmons et al., 1998). A evidência demonstra ainda, a existência de uma associação positiva entre o hábito de fumar e o rendimento escolar, sendo certo que nos adolescentes com menor rendimento escolar se verifica a maior percentagem de fumadores (American Academy of Pediatrics, 2013).

Deste modo, o consumo de álcool nestas faixas etárias pode implicar consequências para a saúde a curto e médio prazo, incluindo doenças cardiovasculares, acidentes de viação (WHO, 2005b), problemas de saúde mental (WHO, 2005c), entre outros. Inerentes à cultura dos estudantes do ensino superior, as festas tornam-se um sítio privilegiado para o consumo de álcool, por permitirem um fácil acesso a bebidas alcoólicas.

Sabe-se ainda que a associação entre o consumo de álcool e de tabaco causa uma dependência física e psíquica muito forte (Coslin, 2003) potenciando efeitos nocivos para a saúde dos adolescentes. Pelo exposto, verificamos que os comportamentos desviantes dos estudantes do ensino superior incluem: baixos níveis de atividade física, consumo de álcool e tabaco, bem como hábitos alimentares inadequados. Estes comportamentos constituem problemas de saúde pública evitáveis, que não podem ser ignorados, pois têm impacto na qualidade de vida, comprometendo a saúde futura.

Deste modo, dada a escassez de estudos relativos aos estilos de vida, hábitos alimentares, e consumos associados ao tabaco e ao álcool de estudantes do ensino superior portugueses e espanhóis, considera-se relevante a realização deste

trabalho, neste grupo alvo particular.

### **Objetivo:**

Pretendemos com o presente estudo contribuir para: descrever e comparar os estilos de vida dos estudantes do ensino superior politécnico e universitário a frequentar a Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado (ESEDJTMM) e Universidade de Trás os Montes e Alto Douro - Pólo de Chaves (UTAD).

### **METODOLOGIA**

No presente estudo utilizou-se uma metodologia transversal e descritiva-correlacional, com uma abordagem quantitativa, com a finalidade de obter dados duma determinada realidade que depois de devidamente analisados sirvam de indicadores para intervenções preventivas e corretivas.

Tendo em conta a dimensão, relativamente reduzida, da população alvo desta unidade de ensino superior, optou-se por convidar toda a população acessível para participar, não se tendo procedido a qualquer técnica de amostragem. Contámos assim com 92 sujeitos, que atenderam aos critérios de inclusão definidos: estarem a frequentar o ensino superior e responderem a todas as questões do questionário construído e apresentado para o efeito.

Para o efeito, utilizou-se um formulário onde se incluíram dados sociodemográficos, hábitos alimentares e de atividade física.

Todos os participantes receberam uma completa explicação sobre os objetivos, riscos e procedimentos éticos da investigação e assinaram o respetivo consentimento informado. Os dados foram preenchidos pelos estudantes após o horário letivo e dentro da sala de aulas, durante o mês de novembro de 2013.

A investigação foi desenvolvida em conformidade com a declaração de Helsínquia de 1975 da Associação Médica Mundial, revista em 2004 e todos os métodos e procedimentos foram aprovados através do pedido formulado ao Conselho de Direção da ESEDJTMM e ao Reitor da UTAD – pólo de Chaves.

Os dados obtidos foram codificados e analisados através do programa estatístico “Statistical Packa-

ge for the Social Sciences” (SPSS) versão 17 para o Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), tendo sido estabelecido o nível de significância de 5%. Foi utilizada estatística descritiva e recorremos aos testes não paramétricos como Mann-Whitney para a comparação das médias entre amostras independentes de variáveis ordinais compostas por 2 grupos.

## RESULTADOS

Dos estudantes estudados verifica-se que 77,2% são do género feminino; apresentando uma média de idades de  $22,46 \pm 4,5$  anos (valor mínimo de 18 anos e a máximo de 41 anos); 44,6% vive com os pais; 32,6% com amigos e 7,6% sozinho. Dos quais 56,5% frequenta o curso de enfermagem: 23,1% encontra-se no 1º ano, 3,8% no 2º, 25% no 3º e 40,4% no 4º. 37% encontram-se no curso de turismo e 6,5% no curso de animação sócio cultural. Ainda no que se refere a sua situação estudantil denota-se que apenas 28,3% usufrui de bolsa, sendo 27,2% do tipo social.

Quanto aos hábitos de consumo de tóxicos verifica-se que: 45,7% consome bebidas alcoólicas regularmente (pelo menos uma vez por semana); 41,3% fuma tabaco; 12% e 8,7% fuma e consome drogas ilícitas, respetivamente.

A maioria (89,1%) refere que não faz nenhum tipo de dieta especial, nem toma qualquer tipo de suplemento (93,5%), além de que 88% refere não ter alterado a sua alimentação nos últimos tempos. Em media fazem  $4,2 \pm 1,1$  refeições diárias; 37,4% realizam 4 refeições por dia; 27,5% fazem 5 refeições e 23,1 fazem 3. Cerca de 87% toma o pequeno-almoço, sendo que a maioria o faz em casa (84,4%), seguido de 8,7% na cantina da escola (Tabela 1).

Constata-se que a maior parte dos estudantes faz as refeições em casa, que eles próprios ou os familiares é que preparam; raramente comem na cantina e recorrem a *fast food*.

Tabela 1: Tipo de refeições dos estudantes pelo curso em que estuda (Fr.%)

	Enfermagem (n=52)	Turismo (n=41)
Numero de refeições por dia	4,18±1,0	4,25±1,0
Onde toma pequeno almoço		
casa	80	90
faculdade	12	5
maquina venda automática	4	0
pastelaria/café	4	5
Onde almoça		
casa	80,8*	96,2*
cantina da faculdade	3,8	1,9
pastelaria/café	1,9	0
restaurante	13,5	1,9
Onde janta		
casa	96,2	100
cantina da faculdade	1,9	0
restaurante	1,9	0
Com que frequência come na cantina da faculdade		
nunca	38,5*	5*
raramente	53,8	60
1-2 vezes por semana	5,8	15
3-4 vezes por semana	1,9*	20*
Frequência com que come <i>fast food</i>		
sempre	2	5
maioria das vezes	25,5	12,5
algumas vezes	31,4	27,5
raramente	35,3*	55*
nunca	5,9	0
Quem prepara as suas refeições		
o próprio	40,4	50
familiares	48,1	30
colegas	11,5	20

\* diferenças estatisticamente significativas  $p \leq 0,05$

A maioria dos estudantes (71,7%) respondem afirmativamente quando questionados sobre se consideram fazer uma alimentação saudável e equilibrada; (79,5%) refere variar a fruta que consome; (62,2%) ingere produtos hortícolas diariamente.

Quase todos os estudantes consideram que tem uma vida sedentária, verificando-se que 16% nunca pratica exercício físico.

Tabela 2: Distribuição dos hábitos alimentares dos estudantes pelo curso em que estuda (Fr:%).

	Enfermagem (n=52)	Turismo (n=41)
Método de confecção dos alimentos mais usual		
mais usual	55,8	62,5
fritos	63,5	72,5
estufados	73,1	72,5
cozidos	71,2*	90*
grelhados/assados		
Tipo de alimentação predominante refeição tradicional (sopa, prato, sobre-mesa)		
fast food	88,5	87,5
alimentos pré-confeccionados (pré-congelados)	32,7	27,5
pratos combinados	34,6	40
refeições ligeiras (saladas)	38,5	30
refeições ligeiras (saladas)	51	57,5
Refeições em que consome fruta		
pequeno almoço	26,9	17,5
merendas	50	57,5
almoço	50	55
jantar	40,4	52,5
ceia	25	15
Forma de utilização de hortícolas		
crus/salada	80	85
cozidos	56	67,5
salteados	28	27,5
estufados	30	30
na sopa	62,5	62,5

\* diferenças estatisticamente significativas  $p \leq 0,05$ 

Tabela 3: Distribuição dos hábitos de exercício físico dos estudantes pelo curso em que estuda.

	Enfermagem (n=52)	Turismo (n=41)
Com que frequência pratica exercício físico		
nunca	13,5	2,5
raramente	34,6	35
2-3 vezes por mês	9,6*	25*
1 vez por semana	15,4	17,5
2-3 vezes por semana	19,2	12,5
mais de 4 vezes por semana	7,6	7,5
Onde realiza exercício físico		
em casa	20,9*	47,5*
no ginásio	23,3	10
clube desportivo	11,7	7,5
ao ar livre	44,2	35

Duração das sessões de exercício físico		
menos de 1 hora	38,6	40
1-2 horas	50	60
2-3 horas	11,4	0
Numero de horas de lazer em atividades sentadas, durante a semana		
menos de 1 hora	13,4	10
1-2 horas	38,5	52,5
2-4 horas	17,3	20
mais de 4 horas	30,8	17,5
Numero de horas de lazer em atividades sentadas, durante o fim de semana		
menos de 1 hora	13,4*	32,5*
1-2 horas	36,5	20
2-4 horas	23,1	17,5
mais de 4 horas	26,9	30

\* diferenças estatisticamente significativas  $p \leq 0,05$ 

Relativamente às saídas noturnas, observa-se que a maioria: 19,1% costuma ir ao café e 12,4% a bares; 59,6% durante mais de 3 horas e 25,8% de 2 a 3 horas; 29,3% com uma frequência de 2-3 vezes por semana e 22,8% raramente faz saídas à noite.

## DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos verificamos que quase metade da população inquirida consome bebidas alcoólicas regularmente e fuma tabaco diariamente. Sabendo que mais de 75% dos inquiridos são do sexo feminino podemos afirmar que estes resultados estão de acordo com os estudos no âmbito do alcoolismo na mulher que afirmam que este fenómeno está a crescer, tal como o consumo de tabaco (WHO, 2006d, ICN, 2000). É assim necessário continuar a monitorizar o consumo de tabaco e álcool na adolescência, e estudar os fatores de risco associados, de forma a prevenir dependência e as consequências associadas ao consumo.

A maioria dos jovens inquiridos refere que não faz nenhum tipo de dieta especial. Tal como expresso na literatura existente, regra geral os jovens apenas fazem alterações dietéticas no propósito de perder peso ou aumentar a massa muscular no caso dos jovens do sexo masculino (WHO, 2006a).

É unanimemente reconhecido por profissionais de saúde a importância do pequeno-almoço, enquanto refeição mais importante do dia, permi-

tindo assim uma melhor performance e atitude ao longo do dia. Através dos resultados verificamos que os inquiridos dão a devida importância ao pequeno-almoço visto que 87% dos inquiridos realiza a refeição, sendo talvez esse um dos motivos para que cerca de 72% considere que faz uma alimentação saudável. Contrariando o artigo de Sjöberg et al. (2003) que refere que o consumo irregular de pequeno-almoço é relativo a estilos de vida negativos, como o consumo de álcool e fumar.

Apesar de ser maior o número de alunos de enfermagem a viver com os pais, estes fazem mais refeições fora de casa comparativamente aos da UTAD, nomeadamente refeições fast-food. Ao que se acrescenta que os alunos da UTAD se vêm obrigados a preparar as suas refeições, quando não comem na cantina. Talvez devido ao facto de estes usufruírem de desconto nas refeições realizadas na cantina verifica-se que a percentagem destes que a utilizam é maior comparativamente aos alunos de enfermagem.

Claramente, os vegetais e frutas são uma parte importante de uma boa dieta. Quase toda a gente pode beneficiar do seu consumo, no entanto devem ter em conta que variedade é tão importante como quantidade. Os estudantes inquiridos revelam ter uma boa informação acerca dos benefícios das frutas e legumes visto que mais  $\frac{3}{4}$  refere variar a fruta e 62,2% revelam ingerir produtos hortícolas diariamente, estando assim a colaborar para um melhor estado de saúde a longo prazo.

Sendo a refeição tradicional a predominante dos alunos de ambas as instituições verifica-se que estes têm conhecimento da importância deste tipo de refeições. Como referido por Kuhnlein (2001), mesmo consumindo em pequenas quantidades, refeições tradicionais contribuem em grandes quantidades de nutrientes essenciais.

Segundo dados de um estudo publicado por George (2012) as principais causas de morte em Portugal foram as doenças cerebrovasculares, doença isquémica do coração e outras doenças cardíacas. Como sabemos as frutas e vegetais trazem diversos benefícios para a saúde. Segundo Hung et al. (2004) quanto maior a média diária de consumo de frutas e vegetais, menores são as probabilidades de desenvolver doenças cardiovasculares, aci-

dentos vasculares cerebrais, hipertensão, alguns tipos de cancro e ajuda a prevenir outras patologias.

Quando questionados se consideram que têm uma vida sedentária, a maioria dos estudantes respondeu que sim, o que vai de acordo com o artigo publicado por Varo et al. (2003), em que refere que Portugal está entre os países da União Europeia com maior percentagem de sedentarismo.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos na presente investigação demonstram que os estudantes do ensino superior se envolvem em comportamentos de risco, ao nível da alimentação, da inatividade física, bem como no consumo de tabaco e de álcool, comprometendo assim o seu bem-estar, e a sua saúde atual e futura.

Considerando a complexidade dos comportamentos identificados, verificamos que as conclusões da nossa investigação relativas aos hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior, demonstram que a maioria cumpre as recomendações para uma alimentação saudável, a maioria refere tomar o pequeno-almoço, sendo este considerado uma refeição essencial, tendo-se comprovado um consumo adequado de fruta e de produtos hortícolas diariamente.

Em relação aos hábitos de atividade física manifestados pelos estudantes, verificámos que cerca de 40% dos inquiridos refere nunca praticar exercício físico. Como tal, a maioria dos estudantes considera que tem uma vida sedentária. Reconhecemos aqui, a necessidade do enfermeiro intervir nesta etapa do ciclo vital, no que concerne à capacitação de competências.

Reportando-nos ao consumo de tabaco verificámos que aproximadamente 40% dos estudantes referem fumar. Por conseguinte, verificámos que cerca de 50% dos inquiridos menciona consumir bebidas alcoólicas regularmente. Além das preocupações já referenciadas, também se verificou que o hábito de beber está a aumentar no género feminino, prevalências estas que se podem considerar elevadas e tendem a aumentar.

Tendo em conta todo este cenário, os resultados

sugerem a necessidade de se identificar comportamentos de saúde e de risco nos quais os estudantes do ensino superior se envolvem, bem como dos fatores que os maximizam, pois este conhecimento é fundamental na concepção de programas e projetos de intervenção concebidos com vista à resolução dos problemas identificados.

Como promotores desses estilos de vida saudáveis, encontramos a intervenção dos enfermeiros. A literatura é unânime ao referir que as ações de educação para a saúde, realizadas no âmbito educativo, e concebidas com base nas necessidades identificadas, são eficazes na capacitação de competências individuais tornando os estudantes do ensino superior menos vulneráveis ao risco.

Tendo por base os comportamentos de risco detetados, consideramos que as sessões de educação para a saúde relativas à atividade física, devem informar os estudantes sobre os benefícios para a saúde e sobre as recomendações para a sua idade, explicando-lhes de que forma podem incrementá-la para atingir os níveis recomendados. Quanto ao consumo de tabaco e de álcool, é importante advertir os estudantes para os malefícios do seu uso, no sentido de prevenir a iniciação e de levar à redução ou mesmo cessação; bem como ensiná-los a desenvolver estratégias para a cessação; e ajudá-los a desenvolverem competências que lhes permitam resistir à pressão dos pares para o início e/ou manutenção do uso. A terminar, há que referir que uma orientação em termos de educação para a saúde é fundamental. Nesta faixa etária, deve-se continuar a educar, de forma gradual e duradoura, no sentido de uma possível incorporação de hábitos alimentares e de estilos de vida saudáveis.

## BIBLIOGRAFIA

American Academy of Pediatrics. (2013). Children, adolescents, and the media. *Pediatrics*, 132(5), 61-63.

Armstrong, N., & Welsam, J. (2006). The physical activity patterns of european youth with reference to methods of assessment. *Sports Medicine*, 36(12), 1067-1086.

Branen, L., & Fletcher, J. (2011). Comparison of college student's current eating habits and recollections of their childhood food practices. *Journal of Nutrition Education*, 31(6), 304-310.

Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.

Coslin, P. (2003). Les conduites à risque à l'adolescence. Paris: Armand Colin Éditeur.

Despacho n.º1916/2004. D.R. II Série. N.º33 (2004/01/28), pp.1492-1496.

Dowdell, E. (2002). Urban seventh graders and smoking: a health risk behavior assessment. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 25, 217-229.

Emmons, K., Wechsler, H., Dowdall, G., & Abraham, M. (1998). Predictors of smoking among US College Students. *American Journal of Public Health*, 88(1), 104-107.

Eurobarometer (2004). Special Eurobarometer 213 - The citizens of the european union and sport. Acedido em maio, 2013, em

[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_213\\_summ\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_213_summ_en.pdf)

George F. (2012). Causas de morte em Portugal e desafios na prevenção. *Acta Med Port, Mar-Abr*; 25(2), 61-63.

Hallal, P., Victora, C., Azevedo, M., & Wells, J. (2006). Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Medicine*, 36(12), 1019-1030.

Hung, H., Joshipura, K., Jiang, R. et al. (2004). Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. *J Natl Cancer Inst*. 96, 1577-84.

ICN (2000). Classificação Internacional para a prática de enfermagem: Versão Beta. Lisboa: APE, IGIF.

Kuhnlein, H., Receveur, O. & Chan, O. (2001). Traditional food systems research with Canadian Indigenous Peoples. *International Journal of Circumpolar Health*, 60(2), 112-122.

Ministério da Educação (2006). Educação alimentar em meio escolar: referencial para uma oferta alimentar saudável. Lisboa: ME, DGS e Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Acedido em fevereiro, 2013, em

[http://www.educacao.cm-oeiras.pt/SiteCollectionDocuments/Livro-educacao-alimentar\\_meio\\_escolar.pdf](http://www.educacao.cm-oeiras.pt/SiteCollectionDocuments/Livro-educacao-alimentar_meio_escolar.pdf)

Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(2), 225-244. Acedido em fevereiro, 2013, em

[http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path\[\]=10231](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path[]=10231)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1989). Conclusiones y recomendaciones de las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes de la 42a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra: OMS.

Rodríguez, M., Tinoco, M., Moreno, P. & Queija, I. (2002). Los adolescentes españoles y su salud: resumen del estudio health behaviour in school aged children (HBSC-2002). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Acedido em fevereiro, 2013, em <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>

- Schneider, M., Dunton, G., & Cooper, D. (2008). Physical activity and physical self-concept among sedentary adolescent females; an intervention study. *Psychol Sport Exerc.*, 9(1), 1-14.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352156/pdf/nihms34215.pdf>
- Singhal, V., Schwenk, W., & Kumar, S. (2007). Evaluation and management of childhood and adolescent obesity. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(10), 1258-1264. Acedido em maio, 2013, em  
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0025-6196/PIIS0025619611613980.pdf>
- Sjöberg, A., Hallberg, L., Höglund, D. & Hulthén, L. (2003). Meal pattern, food choice, nutrient intake and lifestyle factors in The Göteborg Adolescence Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 1569-1578. Acedido em abril, 2013, em <http://www.nature.com/ejcn/journal/v57/n12/pdf/1601726a.pdf>
- Stein, R., Haddock, C., O'Byrne, K., Hymowitz, N. & Schwab, J. (2000). The pediatrician's role in reducing tobacco exposure in children. *Pediatrics*, 106(25), 1-17. Acedido em fevereiro, 2013, em <http://pediatrics.aappublications.org/content/106/5/e66.full.pdf>
- Society for Adolescent Health and Medicine (SAHM) (2006). Preventing and treating adolescent obesity: a position paper of the society for adolescent medicine. *Journal of Adolescent Health*, 38, 784-787. Acedido em junho, 2013, em  
[http://www.adolescenthealth.org/SAHM\\_Main/media/Advocacy/Positions/June-06-Preventing\\_and\\_Treating\\_Adolescent\\_Obesity.pdf](http://www.adolescenthealth.org/SAHM_Main/media/Advocacy/Positions/June-06-Preventing_and_Treating_Adolescent_Obesity.pdf)
- U.S. Department of Health and Human Services (2007). The surgeon general's call to action to prevent and reduce underage drinking. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. Acedido em julho, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44360/>
- Varo, J., Martínez-González, M., Irala-Estévez, J., Kearney J., Gibney, M. & Martínez, J. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32, 138-146. Acedido em julho, 2013, em <http://ije.oxfordjournals.org/content/32/1/138.full.pdf>
- WHO (1993). The health of young people: a challenge and a promise. Geneva: WHO.
- WHO (1997). Preventing and managing the global epidemic: report of a world health organization consultation on obesity. Geneva: WHO.
- WHO. (1999). Health21: the health for all policy framework for the WHO european region. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe.
- WHO (2002). Let's move for our health. WHO Regional Office for Africa (AFRO). Acedido em julho, 2013, em  
<http://www.afro.who.int/fr/centre-des-medias/communiqués-de-presse/item/450-lets-move-for-our-health.html>
- WHO (2003). Value adolescents invest in the future: educational package facilitator's manual. Manila: WHO regional office for the western pacific. Acedido em março, 2013, em  
[http://www.wpro.who.int/publications/docs/ADH\\_Manual.pdf](http://www.wpro.who.int/publications/docs/ADH_Manual.pdf)
- WHO (2005a). Nutrition in adolescence - Issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development. Acedido em fevereiro, 2013, em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593660\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593660_eng.pdf?ua=1)
- WHO (2005b). European strategy for child and adolescent health and development: From resolution to action 2005-2008. Copenhagen: WHO: regional office for europe. Acedido em maio, 2013, em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/81831/E91655.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf)
- WHO (2005c). The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe. Acedido em março, 2013, em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/82435/E87325.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf)
- WHO (2006a). Progress report 2004-2005: child and adolescent health and development. Geneva: WHO: department of child and adolescent health and development. Acedido em maio, 2013, em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789241594226\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789241594226_eng.pdf)
- WHO (2006b). Physical activity and health in europe: evidence for action. Copenhagen: WHO: regional office for europe. Acedido em fevereiro, 2013, em  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/87545/E89490.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf)
- WHO (2006c). Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments. Copenhagen: WHO: regional office for europe. Acedido em fevereiro, 2013, em [http://books.google.pt/books?id=FzRNS8TGmYIC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=FzRNS8TGmYIC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- WHO (2006d). Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating physical activity levels among adolescents. Copenhagen: WHO: regional office for europe. Acedido em maio, 2013, em <http://books.google.pt/books?id=EwmAQAAMAAJ&q=Addressing+the+socioeconomic+determinants+of+healthy+eating+physical+activity+levels+among+adolescents&dq=Addressing+the+socioeconomic+determinants+of+healthy+eating+physical+activity+levels+among+adolescents&hl=pt-PT&sa=X&ei=h2dRU9y8L4Le7AbRqYDoCg&ved=0CDQQ6AEwAA>

# DOENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: QUE NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE?

Cláudia Santos; Lina Aleixo; Lúcia Zacarias; Ricardo Freitas<sup>1</sup>



## Resumo

A Insuficiência Cardíaca é causa de preocupação crescente no Mundo, pelo aumento da prevalência e incidência, mas sobretudo pelas suas repercussões sócio-económicas. É uma síndrome clínica crónica e progressiva com importante limitação funcional. Nesta perspectiva surgiu, o interesse de realizar um estudo com o objectivo de conhecer as necessidades de educação orientadas para o auto-cuidado, do doente com Insuficiência Cardíaca, de modo a diminuir o impacto da doença na sua vida e facilitar a adaptação/integração ao seu meio. O estudo desenvolvido utilizou uma abordagem descritiva e transversal, com uma amostra não probabilística acidental, tendo sido aplicadas entrevistas por questionário. Da análise salienta-se que 70% da amostra referem ter conhecimento da designação da sua doença, mas apenas 31% conseguem verbalizar as suas causas.

Face à Percepção Pessoal da Doença verificou-se que a unidade de contexto “Limitação Física” é a mais enumerada em detrimento da unidade de contexto “Sentimentos”, e nas modificações de estilo de vida alterada pela vivência da doença, a “dimensão física” é a mais mencionada. Na necessidade de conhecimentos para o auto-cuidado conclui-se como relevantes as necessidades relativas ao processo fisiopatológico da doença e controlo dos sintomas.

**Palavras-chave:** Educação para a saúde; Auto cuidado; Insuficiência Cardíaca

## Abstract

*PATIENT WITH HEART FAILURE: REQUIREMENTS FOR HEALTH EDUCATION.*

*Heart failure is causing a growing concern around the world, by its increasing prevalence and incidence, but mainly because of its socio-economic repercussions. The EPICA Study (2004) showed the prevalence of 4,36% for Portuguese over 25 years old.*

*It is a progressive chronicle clinical syndrome with meaningful functional confinements. From this perspective, emerged the need to execute a study whose goal is to acquire knowledge of what is necessary for the education, oriented to self-care of the Heart Failure patient, so that the impact of the disease in the patient's life is reduced and in the way of making adaptation/integration in the patient's environment easier. The developed study used an exploratory approach, descriptive and transversal, with an accidental non-probabilistic sample, based on interviews and questionnaires. The point of this analysis is that 70% of the sample refer that they have knowledge of the disease's designation, but only 31% are able to verbalize the causes.*

*Facing the Disease's Personal Perception, it was verified that the context “Physical confinements” is often mentioned over the context “Feelings” and in the changes of the patient's life style, the “Physical Dimension” is much more taken into account. Seeking knowledge for self care we can conclude as relevant the necessities concerning the physiopathological process of the disease and the symptoms control.*

**Keywords:** Education for health; self care; heart failure

## Resumen

*PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: ¿QUÉ EDUCACIÓN PARA LA SALUD NECESITA?*

*La Insuficiencia Cardíaca es una causa de preocupación cada vez mayor en el mundo, por el aumento de la prevalencia e incidencia, pero sobre todo por sus repercusiones socioeconómicas. Es un síndrome clínico crónico y progresivo con importante limitación funcional. En esta perspectiva surgió, el interés de realizar un estudio con el objetivo de conocer las necesidades de educación orientadas para el auto-cuidado, del enfermo con Insuficiencia Cardíaca, para disminuir el impacto de la enfermedad en su vida y facilitar la adaptación/integración en su medio.*

*El estudio realizado utilizó un abordaje descriptivo y transversal, con una muestra no probabilística accidental, se aplicaron entrevistas mediante cuestionarios. El resultado del análisis fue que un 70% de la muestra refería tener conocimientos de la designación de su enfermedad, mientras que un 31% conseguían verbalizar las causas de la enfermedad.*

*De cara a la percepción personal de la enfermedad se encontró que la unidad de contexto “Limitaciones Físicas” es la unidad cotizada a expensas de contexto “Sentimientos” y la modificación del estilo de vida cambió por la experiencia de la enfermedad, la “dimensión física” es el más mencionado. En la necesidad de conocimientos para el auto cuidado se concluye como relevante las necesidades relativas al proceso fisiopatológico de la enfermedad y control de los síntomas.*

**Palabras clave:** Educación para la salud, auto-cuidado e Insuficiencia Cardíaca

Rececionado em janeiro 2012. Aceite em dezembro de 2013

<sup>1</sup> Enfermeiros do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de Santa Marta. Contacto: Lina Aleixo - lina.aleixo@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca é considerada um problema de saúde pública no mundo, com uma prevalência mundial situada entre os 1 a 2 % (AHA, 2005). Segundo a American Heart Association (2005), trata-se da principal causa de mortalidade cardio-vascular e de internamento hospitalar após os 65 anos na Europa e nos Estados Unidos.

O estudo EPICA (2004), Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem (FONSECA, 2007), avaliou a prevalência da IC em Portugal e mostrou que cerca de 260 mil portugueses, com mais de 18 anos, são afectados pela doença. A prevalência da patologia aumenta consideravelmente com a idade, atingindo um por cento dos indivíduos com 59 anos e dezasseis por cento dos idosos com mais de 80 anos, estando a sua causa associada ao aumento da esperança média de vida: a população está mais idosa e sujeita a co-morbilidades.

O tratamento da insuficiência cardíaca tem como objectivo reduzir a mortalidade e a morbilidade associada á doença e melhorar a qualidade de vida do doente. Por outro lado os reinternamentos são frequentes, pelo que neste contexto a avaliação, o acompanhamento, e a prevenção de factores precipitantes de descompensação constituem importantes aspectos no cuidar destes doentes.

Face aos factores precipitantes de descompensação da IC, diversos estudos (GUILLET, 2004) têm demonstrado que 64% dos reinternamentos resultam da falta de adesão ao tratamento medicamentoso. Este pode ser reflexo de múltiplos factores como a própria complexidade da doença, a multiplicidade de fármacos empregues, a necessidade de cuidados não farmacológicos essenciais para a estabilização/controla da doença. A Adesão às orientações depende do conhecimento por parte do doente e família como um processo contínuo de educação.

A IC é uma síndrome clínica crónica e progressiva que impõe importante limitação funcional, passível de frequentes descompensações mas que depende do auto-conhecimento para o autocuidado do doente com IC.

Estratégias de educação ao doente com IC em

contexto individual ou em orientações de grupo conduzem a resultados positivos para melhorar a aderência e o auto cuidado (NOBRE, 2001). Neste contexto o desenvolvimento do presente estudo teve como objectivo avaliar as necessidades educacionais orientadas para o autocuidado do doente com IC em contexto hospitalar. O conhecimento do doente face a sua doença é importante pois permite uma melhor compreensão e participação mais activa na gestão da doença, orientando a sua intervenção para o controle da doença, prevenção de complicações e promoção da saúde.

Neste âmbito partimos para o nosso estudo com a seguinte Questão de Investigação: "Que necessidades de conhecimento para o auto-cuidado tem o doente com I.C?" Pretendemos, com este estudo identificar as necessidades educativas do doente com IC para o autocuidado, e fomentar a importância da intervenção educativa pela equipe de enfermagem.

Foram definidos como Objectivos específicos deste estudo: identificar os conhecimentos do doente face à patologia da Insuficiência cardíaca e no controle da doença; e conhecer a percepção do doente sobre as suas necessidades de Educação para a Saúde.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A *educação para a saúde* pode ser definida como "um processo que melhora o conhecimento e as habilidades que influenciam as atitudes requeridas do doente para que mantenha um comportamento adequado em saúde" (REBELO, 2007).

Segundo STROMBERG (2005), o *Processo de educação* pode ser descrito em 5 passos: avaliação do conhecimento, da cognição, das atitudes, da motivação face ao tratamento; identificação do que ensinar; planeamento do conteúdo da educação, com a participação do doente para definir objectivos individuais e intervenções; planeamento do modo como a educação será realizada; e avaliação do processo de educação.

A educação na ICC envolve alterações no

estilo de vida com impacto importante sob a qualidade de vida do doente e família. O enfermeiro deve avaliar as necessidades individuais de educação, tendo em conta “o nível de percepção do doente sobre a doença, função cognitiva e escolaridade” (NAUMAN, 1999). O doente ao aprender sobre a sua doença, melhora o seu conhecimento, pelo que seria mais aderente, contudo, por vezes “existe um hiato entre o que educamos e o que o doente percebe sobre o auto cuidado” (NAUMAN, 1999). Portanto as informações ao doente devem ser fornecidas de modo repetitivo e reforçadas de forma positiva, pela enfermeira no decurso do processo de educação da IC.

A **educação** deve ser dirigida para “o que a paciente precisa fazer para ter saúde”, e não apenas para o que ele deve saber. Neste contexto um estudo com 113 doentes com IC identificou que “existia lacuna entre o que era ensinado ao doente e o que era percebido e aplicado na prática” (NAUMAN, 1999)

Os enfermeiros são da opinião de que as pessoas afectadas por uma decisão têm de fazer parte desse processo que conduz à tomada de decisão, e procuram transportar este princípio para a sua prática de cuidados (RODRIGUES *et al*, 2005). Assim a **equipe de enfermagem** assume um papel primordial na educação do doente ao longo da sua doença, estabelecendo uma relação de parceria com o doente de forma a responsabilizá-lo e a consciencializá-lo acerca da sua doença, a assumir um papel activo no controle da mesma. Nessa relação de parceria, o enfermeiro educa adequando os seus conhecimentos às capacidades e necessidades dos clientes e família (SILVA, 2007).

A **intervenção educacional** deve ser iniciado durante o internamento hospitalar, incidindo sobre os diversos aspectos da I.C.: seu conhecimento; controle da doença; tratamento (sinais de descompensação, terapêutica, alimentação exercício), visando o auto-cuidado.

OREM (1995) descreve o **autocuidado** como sendo o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam cada dia de forma a regular o seu próprio funcionamento. Segundo a CIPE

(2005), o **autocuidado** é uma actividade executada pelo próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária. O processo de educação para o **autocuidado** consiste em ensinar e aconselhar actividades onde a informação é partilhada, para que o doente seja orientado na aplicação do que aprendeu nas actividades de vida diária.

A intervenção de enfermagem passa por promover o doente como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, e a aquisição de conhecimento e habilidades (OREM, 1995)

A família ou prestadores informais do doente desempenham um papel importante e devem ser incluídos na educação (HATCHETT e THOMPSON, 2002:227).

O doente bem informado, possuidor de todos os conhecimentos relacionados com a sua doença, poderá aderir com maior facilidade ao tratamento, minimizando a recorrência às urgências e internamentos, salvaguardando a relação custo/benefício, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao longo do tempo. O enfermeiro deve utilizar uma linguagem adequada ao doente, visto nem todos terem a mesma capacidade de aprendizagem.

## METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O estudo desenvolvido é do tipo Exploratório – Descritivo, de carácter quantitativo, através do tratamento estatístico de dados obtidos nas perguntas fechadas e de carácter qualitativo, no tratamento das respostas às perguntas abertas, as quais se pretendeu dar liberdade de expressão aos doentes do nosso estudo, para posterior análise de conteúdo.

Para avaliar as necessidades de ensino dos doentes com IC optamos pela utilização de entrevista por questionário, constituído por 4 perguntas abertas e 32 fechadas, sendo o seu preenchimento realizado pelos autores do estudo, mediante a rea-

lização de entrevista ao doente.

Este instrumento foi constituído por 2 partes: a primeira consistia num questionário de caracterização da amostra; e a segunda, na aplicação do formulário (avaliação do conhecimento sobre a doença e terapêutica, sintomatologia de descompensação da IC, alimentação e exercício físico).

A Amostra Populacional seleccionada foi não probabilística accidental, constituída por 20 doentes internados no Serviço de Cardiologia – Internamento do Hospital de Santa Marta, com o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, no período de Fevereiro a Março de 2009.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo participaram 20 pacientes de ambos os sexos, com o diagnóstico de Insuficiência cardíaca, dos quais 70% foram do sexo masculino, sendo predominante a faixa etária dos 65 aos 80 anos. Quanto ao **tempo de evolução da doença**, 45% da amostra situa-se no período entre 10-20 anos.

Cerca de 55% dos inquiridos encontram-se em **Classe III** e 45 % em **Classe II**, tendo em conta a classificação NYHA para a IC. Como **etiologia** predominante da insuficiência cardíaca, destaca-se a isquémica, que corresponde a 55% da amostra, seguindo-se a de causa valvular, com 30 %. A restante percentagem corresponde a outros diferentes tipos de etiologia, mas com incidência baixa nesta amostra.

Em relação à **actividade profissional** constata-se que dos doentes inquiridos 80% encontra-se em situação de reforma e apenas 4 (20%) no activo.

Relativamente à existência de **suporte familiar**, 90% doentes referiram que coabitam com a família e apenas 10 % vivem sozinhos. Releva-se a importância de envolver a família no processo de preparação do doente para a alta, fornecendo-lhe os meios necessários para adquirir um estilo de vida saudável. De acordo com as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o enfermeiro “Actua como um recurso para os indivíduos, para

as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte” e “Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde”. O Enfermeiro deve assim envolver os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados estabelecendo com os mesmos uma relação de parceria com vista ao bem-estar do doente e família.

### Percepção das necessidades de educação para a Saúde

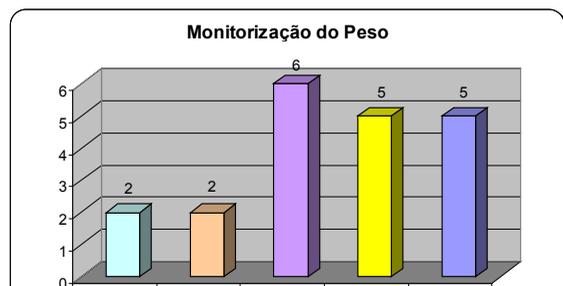
Constatou-se que face ao **conhecimento da doença**, 70% dos doentes referem conhecer a doença, 20% mencionam-na como uma doença cardíaca, e 10% não sabe.

Relativamente às **doenças associadas**, 85% dos doentes identificaram outras doenças concomitantes, principalmente a Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), ambos com 11%, e a Fibrilhação Auricular (FA) em 9%. Segundo HATCHETT e THOMPSON (2002), a HTA e a FA são consideradas concomitantemente como causas de insuficiência cardíaca. Do mesmo modo a AHA (2005) também refere a HTA e a DM como factores de risco principais na doença de IC.

Em relação aos **sinais e sintomas de descompensação** da IC, 80% dos doentes, salientam três: a fadiga (30%); os edemas (25%); e a dispneia (12,5%). Estando de acordo com o referido por BENNETT (2001), que os descreve como as principais manifestações clínicas da doença, interferindo de modo significativo na qualidade de vida do doente.

Relativamente à **monitorização do peso**, como se pode ver pelo gráfico (Gráfico nº1), apenas 2 doentes o monitorizam correctamente: 3 vezes por semana.

Gráfico nº 1 – Monitorização do Peso pelo doente com IC



Quanto à atitude do doente **face ao aumento do Peso (de 2Kg em 3 dias)**, apenas 55% afirmaram que informariam o médico, 20% diminuiria a ingestão de alimentos, 10% não tomava nenhuma atitude, e os restantes tomariam outras medidas.

Na **presença de edemas nos membros inferiores**, salienta-se que 35% dos doentes faria repouso na cadeira com elevação dos Membros Inferiores e 30% fariam apenas repouso na cadeira. De acordo com PHIPPS (1991), um dos cuidados no alívio do edema passa pela elevação dos membros inferiores ao nível da anca, de modo a facilitar o retorno venoso.

Perante **alterações de eliminação vesical** apenas 84% dos doentes informam o médico, tomando os restantes outras medidas.

Em relação à **Monitorização da quantidade de líquidos ingeridos diariamente**, 65% dos doentes referem beber cerca de 1 a 1,5L, o que está de acordo com HATCHETT e THOMPSON (2002), no qual o consumo deverá ser o referido. Salienta-se, contudo que 25% da amostra não faz o controlo dos líquidos ingeridos.

Sobre a quantidade de **sal adicionada à refeição**, 30% dos doentes, referem adicionar 2g, 25% cerca de 4g, 15% cerca de 8g, 10% não adiciona sal, e 20% não soube quantificar. Segundo HATCHETT e THOMPSON (2002), a quantidade de sal diária deve ser inferior a 3g, pelo que 40% da amostra, consome um número de gramas superior ao aconselhado. Salienta-se que 20% não controla a quantidade de sal diária.

Face à vigilância da **tensão arterial**, da amostra inquirida, 40% monitorizam diariamente, 10% três vezes por semana e 20% semanalmente. Se-

gundo as indicações utilizadas no Serviço de Cardiologia, está padronizado que os doentes, em ambulatório, avaliem a TA pelo menos uma vez por semana. Sendo assim, na amostra, 70% doentes realizam uma monitorização correcta da TA.

No **conhecimento sobre a medicação para a insuficiência cardíaca** 70% dos doentes referiram conhece-la, 25% não conhecem e 5% suspenderam-na.

Perante a questão sobre a **maior dificuldade no cumprimento do tratamento para a IC**, salienta-se a redução do consumo do sal (40%) e a medicação (10%). Apenas 15% referiram não ter dificuldades no cumprimento do tratamento.

De acordo com a amostra inquirida, todos os doentes consideraram que o **exercício é benéfico para a recuperação cardíaca**, embora apenas 60% afirmem praticar exercício físico. Destes, 84% mencionaram fazer caminhadas de 15 a 30 minutos diariamente, 8% Ginástica 3 vezes por semana e 8% uma actividade lúdica. Segundo a AHA, o exercício físico nos doentes com IC é considerada uma actividade segura, tendo demonstrado melhorias significativas na capacidade física nos doentes que a realizam. A Fundação Portuguesa de Cardiologia revela que a actividade física comporta efeitos benéficos sobre as doenças cardiovasculares, o sistema locomotor, a saúde psicológica e na qualidade de vida. A AHA aconselha a realização de uma actividade física informal ligeira, seguida ou fraccionada, e uma actividade estruturada mais intensa 3 vezes por semana. Segundo MANO (1999), são aconselhadas caminhadas de 20 a 30 minutos, de 3 a 5 vezes por semana. Na amostra verificou-se um deficit de conhecimentos acerca dos tipos de actividade física e exercício que o doente com IC pode praticar.

Dos doentes da amostra, 65% afirmaram ingerir bebidas alcoólicas, dos quais 45% consideram-se consumidores diários de bebidas alcoólicas, enquanto que os restantes 20% referiram serem consumidores pontuais. Segundo HATCHETT e THOMPSON (2002), o consumo de álcool é desaconselhado, no entanto, um doente que aprecie beber socialmente, deve fazer uma ingestão cuidada e limitada. Dos doentes da amostra, 95% consideravam o álcool prejudicial ao coração.

O interesse em assistir a uma sessão de educação para a saúde durante o internamento sobre a IC foi referido por 85% dos doentes da amostra.

## ANÁLISE DE CONTEUDO

Os dados referentes às necessidades de educação para a saúde no doente com IC, através das respostas às questões abertas da entrevista por questionário, foram submetidos à análise qualitativa, obtendo-se um total de 80 unidades de enumeração, distribuídas por 14 unidades de conteúdo.

Na questão relativa à **percepção pessoal da doença**, emergiram duas categorias, denominada *Limitação Física e Sentimentos*. Estas vão de encontro a WITHAM (2007), que refere que as alterações físicas e emocionais representam as dimensões mais comprometidas do doente cm IC.

A categoria *Limitação Física*, constitui a mais referenciada pelo doente com 7 unidades de enumeração. Este resultado é similar aos encontrados noutros estudos, nos quais foi identificado o comprometimento dos aspectos físicos em pacientes com insuficiência cardíaca (WITHAM, 2007).

A doença pode mudar pensamentos e influenciar sentimentos (WATSON, 1985). A experiência do adoecer é única para cada indivíduo, e a sua concepção resulta da sua vivência cultural e familiar. Em relação aos *Sentimentos* expressos pelos 20 doentes da amostra, obteve-se 6 unidades de enumeração. Estas, dividem-se em 2 sub-categorias: tristeza e medo do desconhecido. O maior número de respostas refere-se ao sentimento de tristeza com 4 unidades de enumeração.

“A vida tem acabado a pouco e pouco para mim”

Relativamente à **modificação do estilo de vida na pessoa com IC**, verificam-se 47 unidades de enumeração totais relacionadas com as *Implicações da doença*. Esta categoria foi posteriormente dividida em 5 subcategorias: Dimensão Física, Dimensão Psicológica, Dimensão Social, Dimensão Económico/Profissional e Dimensão Sexual (Quadro n. 1).

Quadro nº 1 – Distribuição das Categorias e Subcategorias relativas a Modificação do Estilo de Vida na Pessoa com IC

Categoria	Subcategoria
Implicações da Doença	Dimensão Física
	Dimensão Psicológica
	Dimensão Social
	Dimensão Económica / Profissional
	Dimensão Sexual

Constatou-se que as duas dimensões mais pontuadas foram a “dimensão física” com 17 unidades de enumeração e a “dimensão psicológica” com 19 unidades de enumeração.

As alterações fisiológicas decorrentes do processo de doença levam o indivíduo a uma condição crónica de saúde com a qual terá de aprender a viver. Esta condição trás consigo mudanças de estilo de vida e no meio social (RIBEIRO, 2001).

A modificação do estilo de vida é modelada em função das limitações físicas impostas pelo agravamento da doença. Pode significar a perda de independência física paras as actividades quotidianas (BOSCHCO, 2007).

“Como moro num 3º andar sem elevador, tive que deixar de sair tantas vezes à rua...” “... deixei de poder caminhar sem me cansar”.

Relativamente à dimensão Psicológica, esta foi a mais referenciada, com 19 unidades de enumeração.

“...era uma pessoa bastante activa, foi muito difícil aceitar esta alteração de vida.” “...porque deixou de fazer aquilo que gostava”.

A Dimensão Social foi referenciada por 4 doentes.

“Os amigos estão sempre a chamar-me à atenção para não fazer esforços”.

As mudanças de estilo de vida no doente com IC são significativas, podendo inferir na vida social, surgindo limitações em relação ao trabalho ou actividades que exijam esforço. A doença pelo seu carácter permanente e incurável gera mudanças significativas no estilo de

vida, nos hábitos e até nos papéis sociais (RIBEIRO, 2001). Um outro aspecto da vivência da doença é o isolamento social, que como refere TAYLOR (2003), que a diminuição da interacção social é motivada por aspectos ambientais que dificultam a mobilização da pessoa no espaço. Deste modo, a actividade de vida relacionada com os momentos de lazer estará também comprometida.

Ao nível económico a doença cardíaca envolve gastos, inerentes á estabilização da doença e mudanças na actividade profissional, que poderão influenciar a sua remuneração mensal (TAYLOR, 2003).

A doença cardíaca tem um forte impacto na sexualidade da pessoa. Relativamente á dimensão sexual, foram referidas 3 unidades de enumeração. Segundo TAYLOR (2003), a pessoa que vivencia uma experiência de doença cardíaca, apresenta uma diminuição da actividade sexual que pode estar relacionada com restrições aconselhadas: como a diminuição da actividade; receio de agravar a condição de saúde; Impotência sexual; ou por motivos psicológicos.

No que respeita às **necessidades de conhecimento para o auto-cuidado**, as respostas dos doentes foram agrupadas em duas categorias (Quadro nº2): Necessidades de formação; e Sem necessidade de formação. Foram detectadas um total de 20 unidades de enumeração. Quanto à Necessidade de Formação, as subcategorias mais pontuadas foram a Fisiopatologia da doença e Controlo de sintomas, com 4 unidades de enumeração cada, seguidas das subcategorias da alimentação, medicação e Actividade física. Quatro doentes referiram a não necessidade de qualquer tipo de formação.

Quadro nº 2 – Distribuição das Categorias e Subcategorias relativas a Necessidade de conhecimentos para o autocuidado

Categorias	Subcategorias
Necessidade de Formação	Fisiopatologia da Doença
	Medicação
	Controlo de Sintomas
	Alimentação
	Actividade Física
Sem Necessidade de Formação	

A doença, implica fortes alterações ao nível do projecto de vida e objectivos de cada pessoa, pelo que se torna importante, ao nível da intervenção de enfermagem, auxiliar na adaptação a esta nova realidade (TAYLOR, 2003). O ensino permite que o doente tenha uma melhor percepção da doença, realçando os benefícios do tratamento, e desempenhar um papel activo na sua recuperação, respeitando a sua autonomia (POIRIER *et al*, 2006).

“Gostaria de aprender como evitar tantos internamentos e controlar o cansaço”...“Ideias sobre os efeitos da medicação sobre o coração”

## CONCLUSÃO

O internamento constitui o momento ideal, para se realizar o processo de educação e mudança de comportamentos do doente e cuidador. A intervenção do enfermeiro neste contexto é ensinar, reforçar, melhorar e avaliar as competências para o auto-cuidado, que incluem a monitorização do peso, a monitorização de sinais e de sintomas, da adesão terapêutica, da restrição de sódio e líquidos, bem como, o incentivo à realização de actividade física. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros: procura-se prevenir a doença e promover os processos de readaptação, para a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária; procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores. (Ordem

dos Enfermeiros, 2003)

O Programa educacional precisa de ser flexível e adaptável às capacidades de aprendizagem do doente com IC, centrado na prevenção e no auto-conhecimento. A educação para o auto-cuidado, com inclusão de medidas não farmacológicas durante o internamento, é fundamental para melhorar a adesão e manter a estabilidade clínica do doente.

A aprendizagem efectiva requer uma participação activa do doente/família no seu processo de cuidar. Aprender o que é importante para o doente “é retido mais tempo”, pelo que o plano de ensino deve ser desenvolvido para dar resposta às necessidades individuais e específicas de educação. Permite que o utente tenha uma melhor percepção da doença, realçando os benefícios do tratamento e assim alterar os seus comportamentos de risco e desempenhar um papel activo na sua recuperação, respeitando a sua autonomia Poirier et al. (2006).

Do presente estudo emerge que a educação pela equipa de enfermagem poderá aumentar o conhecimento sobre a doença e auto-cuidado no doente com IC, favorecendo assim, em conjunto com outras estratégias, a diminuição do número de episódios de descompensação cardíaca. No entanto reconhecemos que uma amostra de 20 doentes não nos permite inferir sobre toda a população de doentes com IC, mas permitiu-nos conhecer a percepção destes doentes sobre as suas necessidades de educação para a saúde.

Constata-se uma amostra com lacunas educacionais em termos do domínio cognitivo da doença e com necessidades de acompanhamento a nível afectivo. Com base nas necessidades de ensino identificadas neste estudo, pensamos ser importante a implementação de um programa de ensino aos doentes com IC através da utilização de sessões de ensino individualizadas e em grupo durante o internamento. No momento da alta propomos a entrega ao doente e cuidador de um folheto relativo à doença.

A Educação, o conhecimento da doença e o autocuidado são estratégias tão eficazes quanto a farmacológica, e por isso devem ser promovidas pela equipe multidisciplinar que contacta com o doente e seu prestador de cuidados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AMERICAN HEART ASSOCIATION - Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult, 2005.
- BENNETT, G. – Cecil Tratado De Medicina Interna. 21ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- BENNETT, P; MURPHY, S. – Psicologia e promoção da Saúde. Lisboa: Climepsi, 1999.
- BOSCHCO, M.: - As percepções dos portadores de insuficiência cardíaca frente ao seu processo de adoecimento. *Ciência Cuidado Saúde* 2007, Out/Dezembro; 6(4): 463-4700.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0. Genebra, Suíça: Conselho Internacional de Enfermeiros.
- FONSECA, C. - Insuficiência cardíaca: a epidemia que é urgente vencer. In: *Saúde Pública*. Acedido em a 3 de Fevereiro de 2009, em: <http://www.jasfarma.pt/artigo.php?publicacao=sp&numero=58&artigo=12>
- FORTIN, M. F. – O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999. 388p. ISBN – 972-8383-10-X.
- GUILLET, Sharron – Understanding Chronic Illness and Disability. In: NEAL, L.; GUILLET, S. – Care of the Adult with a Chronic Illness or Disability: a team approach. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2004. ISBN 0-323-02330-4.
- HATCHETT, R.; THOMPSON, D. – Enfermagem Cardíaca: Um guia polivalente. 1ª Edição, Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-12-7.
- MANO, R. (1999) – Insuficiência Cardíaca: Tratamento não farmacológico. *Manuais de Cardiologia*. Acedido a 19 de Novembro de 2008, em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br>
- NAUMAN, D; BURGESS, D. – “Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure”. *Arch Intern Med*: 1999. 159(14):1613-9.
- NOBRE F.; PIERIN, A.; MION J. – Adesão ao tratamento - O grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual e enunciados descritivos. s.ed. [S.l]: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 16p.
- OREM, D. – Nursing concepts of practice. 5ª Edição, New York: Mosby, 1995.
- PHIPPS, W; SANDS, J.; MAREK, J. – Enfermagem Médico Cirúrgica. Conceitos e Prática clínica. 6ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. 1º Volume, 653 p.
- POIRIER, P. et al. (2006) – Predictors of compliance with medical recommendations regarding pharmacological and non pharmacological approaches in patient with cardiovascular disease. *Clinical and Investigative Medicine*. Acedido a 19 de Novembro de 2008, em: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=50&did=1037540131&SrchMode=1&sid=4&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1195497146&clientId=83091>

REBELO, E., - O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê, Revista Latino-Americana, 2007, Janeiro-Fevereiro; 15(1).

RIBEIRO, D. – Caminhando para a cronicidade: as representações do adoecimento em adultos com dor torácica aguda. Cogitare Enferm 2001, 6(1); 97-1044.

RODRIGUES, M. et al. – Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde. Coimbra: Formasau, 2005.

SILVA, M. - Educar para o Autocuidado num serviço hospitalar. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007, 180 p., Tese de Mestrado.

Stromberg, A (2005) – The crucial role of patient education in heart failure. The European Journal of Heart Failure. Acedido a 19 de Novembro de 2008, em: <http://eurjhf.oxfordjournals.org/content/7/3/363.full?sid=9b117c9d-e049-419d-861c-2084e28424b7#ref-39> .

TAYLOR, G. – Teoria do defice de auto-cuidado de Enfermagem. In: TOMEY, M. – Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004.

WATSON, J. – Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: University Press of Colorado, 1985.

WITHAM, M. D. - Using an individualised quality of live measure in older heart failure patients. Int. J. Cardiology, 2007; 116(1):40-45.

# PERCEPÇÕES DO PAI APÓS O PARTO

Isabel Maria F Santos Guerreiro<sup>1</sup>

## Resumo

A participação do homem no trabalho de parto é reconhecida como fonte de apoio à grávida, permite o partilhar da experiência pelo casal, a formação do vínculo pai/bebé e constitui uma possibilidade de humanização do parto.

Uma abordagem desenvolvimental do ciclo de vida e a emergência de estudos sobre o homem tem permitido reconhecer que a gravidez e o parto também afectam o homem. Alguns estudos revelaram que os homens passam por dificuldades no momento do parto, tendo referido medo, ansiedade, sensação de impotência e preocupação com o estado de saúde do bebé. Nesse sentido desenvolvi um estudo do tipo descritivo/exploratório com o objectivo de descrever as percepções dos pais após assistirem ao nascimento dos seus filhos.

A revisão da literatura procurou contextualizar o problema de investigação e o delineamento metodológico.

A amostra é não-probabilística acidental. O instrumento de colheita de dados foi o questionário e a entrevista estruturada. A análise dos dados foi feita através da estatística descritiva (caracterização da amostra) e da análise de conteúdo.

Os pais referiram maioritariamente sentimentos positivos e revelaram grande preocupação com bebé e com a mãe. Verificou-se igualmente um desejo de partilha da experiência com a companheira, embora existam pais que não se sentem preparados para a vivência do acontecimento. Os resultados do estudo confirmam a importância dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica que devem desenvolver acções no sentido de preparar os pais para o parto, nomeadamente através de suporte emocional e educativo, incentivando a sua presença e participação activa.

**Palavras-chave:** Pai, Parto

## Abstract

### PERCEPTIONS OF FATHER AFTER CHILDBIRTH

The participation of men in labor is recognized as a source of support for pregnant, allows the share of experience by the couple, the formation of parent-child bonding and a possibility of humanization of birth. A developmental approach of the life cycle and the emergence of studies about the men allowed to recognize that pregnancy and childbirth also affect the father. Some studies have shown that men experience difficulties during childbirth, like fear, anxiety, powerlessness and concern about the baby's health. Therefore, was developed a descriptive-exploratory study in order to describe the perceptions of parents after the childbirth.

The literature review sought to contextualize the issue of research and methodological design.

The sample is non-probabilistic accidental. The data collection instrument was a questionnaire and structured interview. Data analysis was performed using descriptive statistics (sample characterization) and content analysis.

Mostly, fathers reported positive feelings and showed great concern for baby and mother. There was also a desire to share the experience with his partner, although there were parents who feel unprepared for the experience of the event. The study results confirm the importance of specialist nurses in obstetric and maternal health that must take action to prepare parents for the childbirth, particularly through educational and emotional support, encouraging their presence and active participation.

**Keywords:** Father; Birth

## Resumen

### PERCEPCIONES DEL PADRE DESPUÉS DEL PARTO

La participación de los hombres en el trabajo de parto está reconocido como una fuente de apoyo para las mujeres embarazadas, permite que la pareja comparta la experiencia, cree un vínculo padres/bebé y posibilita la humanización del parto.

Un enfoque del desarrollo del ciclo de vida y la aparición de estudios en hombres han permitido reconocer que el embarazo y el parto también los afectan. Algunos estudios han demostrado que los hombres se enfrentan a dificultades en el momento del parto sintiendo miedo, ansiedad, impotencia y preocupación por la salud del bebé. Consecuentemente, desarrollé un estudio descriptivo/exploratorio con el objetivo de describir las percepciones de los padres después de asistir al nacimiento de sus hijos.

La revisión de la literatura buscó contextualizar el problema de investigación y el diseño metodológico.

La muestra es accidental no probabilística. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario y una entrevista estructurada. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva (caracterización de la muestra) y análisis de contenido.

Los padres reportaron sentimientos en su mayoría positivos y mostraron gran preocupación con el bebé y la madre. También hubo un deseo de compartir la experiencia con su pareja, aunque hay padres que no se sienten preparados para la experiencia.

Los resultados del estudio confirman la importancia de las enfermeras especialistas en salud materna y obstétrica que deben tomar medidas, con el fin de preparar a los padres para el momento del parto, en particular a través del apoyo educativo y emocional, fomentando su asistencia y participación activa.

**Palabras clave:** Padre, Parto

Rececionado em novembro 2011. Aceite em dezembro de 2013

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria. CH Barlavento Algarvio, EPE

## INTRODUÇÃO

A participação do homem no trabalho de parto é reconhecida como fonte de apoio à parturiente, permitindo o compartilhar da experiência pelo casal e a formação do vínculo pai/bebé. Ao trazer o núcleo familiar para o ambiente institucional, constitui um desafio e uma possibilidade de humanização do parto.

Estar presente no nascimento de um filho é uma forma dos homens se sentirem incluídos no processo de geração da vida que se passa no corpo da mulher, e constitui uma oportunidade da sua inserção nos cuidados de saúde. Contudo, habitualmente os homens não são alvo da atenção dos profissionais de saúde nas salas de partos, perpetuando-se a representação da sexualidade masculina dissociada dos cuidados com a reprodução.

A emergência de estudos sobre o homem permite reconhecer e compreender como a gravidez e o parto afectam o homem. Alguns estudos indicam que homens passam por dificuldades no momento do parto, referindo medo, desconforto, tensão, sensação de impotência e preocupação com o estado de saúde do bebé. Nesse sentido, desenvolvi um estudo qualitativo (do tipo exploratório/descritivo) para investigar as percepções que os pais manifestam após assistirem ao nascimento dos seus filhos.

Conhecer as percepções que os homens manifestam após assistirem ao parto é importante para sabermos que tipo de apoio necessitam e que cuidados devemos melhorar para que a paternidade seja o mais satisfatória possível.

## REVISÃO DA LITERATURA

A chegada de uma criança, representa um dos acontecimentos mais importantes na vida de uma família, podendo originar stress e desencadear uma crise familiar. É um período de aprendizagem intensa, um processo que modifica para sempre a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família. (Colman & Colman, 1994; Klein, 1999).

Embora o homem e a mulher contribuam igualmente para a concepção do filho, fisiologicamente o homem está em desvantagem, uma vez que

a gravidez ocorre no corpo da mulher. Apesar de sentir as mesmas emoções, o modo como o homem vivencia a gravidez é diferente do da mulher e, por não experimentar as transformações físicas, sente-se muitas vezes, excluído do processo de procriação, marginalizado e ignorado pela sociedade. (Bertsch et al., 1990; Colman & Colman, 1994; Gomez, 2005)

Durante séculos, a figura de pai foi vista apenas como factor de sustentação da família e a autoridade associada à dependência económica. A imagem do pai e do seu poder sofreram modificações a partir de do séc. XVIII diminuindo a sua distância em relação à mãe no que se refere ao cuidar e à protecção das crianças. No entanto, algumas ciências, como a psicologia, continuaram a ignorar os pais, concedendo-lhes um lugar marginal relativamente ao seu papel no desenvolvimento dos filhos. (Balacho, 2003)

Após a II Guerra Mundial houve alterações na conceptualização da paternidade face às grandes mudanças de ideologias e valores. A entrada das mulheres no mercado de trabalho e a conquista de espaço no domínio público, bem como o crescente ênfase colocado na infância, conferiram um novo protagonismo aos pais, implicando-os no desenvolvimento e crescimento dos filhos e, portanto, também na esfera afectiva. (Balacho, 2003; Oliveira, 2004)

Nos últimos anos assistiu-se a uma lenta, mas significativa, mudança no papel/envolvimento dos homens no acompanhamento do crescimento/desenvolvimento dos filhos. O pai de hoje, está mais consciente da importância do seu papel, no acompanhamento e desenvolvimento dos filhos, desempenhando um papel importante durante a gravidez e preparando-se, tal como a mulher, para a sua chegada (Bayle, 2005; Gomez, 2005).

O parto, visto historicamente com um acontecimento feminino, sofreu um processo de medicalização significativa na Europa, a partir do século XVIII que atingiu, em meados do século XX, as massas populares nos centros urbanos. Esse processo implicou uma mudança no paradigma da experiência do parto, que deixou de ser um evento feminino, doméstico e fisiológico, e passou a ser dominado pelo médico e vivido num hospital, sob um ponto de vista patológico. O reconhecido

avanço técnico propiciado pela medicalização do parto trouxe benefícios, mas também, uma prática de obstetrícia intervencionista e, uma das perdas significativas dessa mudança foi o acompanhamento familiar. (Malpique, 1996)

De acordo com Carvalho (2003), a participação do pai no parto iniciou-se com os pais de classe média intelectual, sendo essa uma decisão absolutamente particular, dependendo de como a família e, principalmente, o futuro pai percebia os seus desejos e as suas necessidades. Para Colman e Colman (1994, p 124), *“o movimento no sentido de envolver os pais no parto começou quando os homens eram os únicos apoios fiáveis das mulheres (...), no período após a segunda Guerra Mundial, quando a família alargada estava afastada e a mulher se encontrava sozinha, sem o apoio da sua mãe ou outra mulher. Assim, “o marido tornou-se a figura “maternal” para a sua esposa dependente, embora tivesse pouca preparação para este papel.”* (Colman & Colman, 1994, p 124)

A presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto faz parte das propostas de humanização do parto (OMS, 1996) com base em evidências científicas que mostram que a presença de um acompanhante possibilita segurança emocional à mulher, trazendo benefícios à sua saúde e à do bebé (Hodnett, 2001; Domingues, 2002).

A entrada dos pais no ambiente do parto, compreende uma mudança de concepções de género, de parto e de família que necessitam de reflexão e de respeito. No entanto, o papel do pai continua a ser considerado secundário, assumindo ainda, quando assiste ao parto, um papel de mero observador. Neste sentido, verifica-se ainda uma certa ambivalência por parte dos pais entre a necessidade de se envolverem no processo e um certo receio de se “intrometerem demasiado”. (Oliveira, 2004)

A participação do homem no parto oferece a oportunidade para que pai e mãe partilhem o nascimento, passagem importante na vida conjugal. Envolve a concepção de “casal grávido” e tende a fortalecer a relação conjugal, uma vez que o sentimento de entreajuda e cumplicidade na vivência desta etapa da vida familiar pode criar uma boa base de partida para o casal, que lhe permitirá suportar eventuais contratempos da parentalidade.

(Colman & Colman, 1994; Carvalho, 2003; Hotimsky & Alvarenga, 2002).

O envolvimento do pai com o filho, a nível biológico, termina com a concepção, mas a nível social e emocional varia com a cultura, época, idade do pai e da criança, sexo e relação com a mãe (Ziegel & Cranley, 1986). A participação do pai no parto pode ser vista como um facto natural que não se expressa na sua plenitude por influência de factores culturais e sociais, podendo ser visto, como um processo de aprendizagem cultural. De qualquer modo, o que se percebe pelas pesquisas é que o envolvimento paterno intenso, quando permitido, fortalece os vínculos futuros de cuidados e de afecto, tanto em relação ao bebé como em relação à mãe

A mudança no papel dos pais tem sido lenta, embora os homens, sobretudo jovens, vivendo em meio urbano e de classe média, tendam a investir de forma crescente na paternidade, ainda que por vezes pareçam “inseguros” quando adoptam o papel antes socialmente atribuído à mulher. (Torres, 2000)

O comportamento dos pais na sala de partos tende a ser muito semelhante ao que frequentemente é observado nas mães após o nascimento dos filhos, pois, à semelhança da mãe, também o pai vivência um processo de ligação ao filho. O desenvolvimento de sentimentos de preocupação e de interesse pela criança é mais intenso quando existe contacto inicial entre o pai e a criança, devido ao reflexo de apreensão e ao alerta visual do bebé. Os mesmos rituais de reconhecimento e de contacto são estabelecidos, embora condicionados pelas expectativas e papéis sociais encontrados nas diversas sociedades. (Klaus & Kennel, 1993)

Têm sido efectuados vários estudos sobre a importância do pai na sala de partos, especialmente porque a pressão social e cultural para a participação activa dos pais no nascimento levou os profissionais e algumas instituições a se prepararem para que o nascimento do bebé ocorra preferencialmente com a presença do pai. Contudo, os diversos estudos sobre o homem têm permitido reconhecer e compreender que a gravidez e o parto também afectam o homem, estando este sujeito a uma grande carga emocional durante o nascimento de um filho. Os sentimentos maio-

ritariamente referidos pelos pais nesses estudos foram medo, desconforto, tensão, sensação de impotência. As expectativas dos homens antes e após o parto também foram avaliadas, verificando que para alguns dos pais entrevistados o trabalho de parto foi mais difícil e cansativo do que haviam imaginado e a sua participação foi avaliada como não satisfatória ou aquém do esperado. Alguns pais sentiram-se excluídos do processo de nascimento, servindo apenas como provedor de apoio moral e de conforto; especialmente por haver ausência de informação por parte da equipe de saúde sobre o desenvolvimento do trabalho de parto e, especificamente, sobre o que acontece com a parturiente ou orientações a respeito de como devem proceder. Em contrapartida, apontaram o excesso de informação técnica, como fonte de frustração. Verificou-se que os homens têm dificuldade em estar presentes no parto, embora haja o desejo de participar e refiram vivenciar experiências positivas. (Chandler e Field, 1997; Smith, 1999; Johnson, 2002).

Assim, é importante encarar a problemática da paternidade numa perspectiva mais abrangente pois, enquanto prestadores de cuidados que se preconizam de qualidade, podemos contribuir para o desenvolvimento de acções e atitudes que promovam a preparação e a participação do pai no nascimento do seu filho, e consequentemente a vivência de uma experiência mais satisfatória.

## METODLOGIA

Este estudo enquadra-se na investigação qualitativa, na medida em que é baseada na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida pelos sujeitos. (Carmo & Ferreira, 1998) É um estudo de carácter exploratório-descritivo uma vez que a pretensão do estudo é colher dados para aprofundar questões já colocadas e formular outras, no sentido de melhor se entender quais as percepções dos pais após assistirem ao nascimento dos filhos. (Fortin, 1999)

A população deste estudo é constituída pelos pais que assistiram ao nascimento dos seus filhos.

A amostra utilizada é não-probabilística acidental (Fortin, 1999). Constitui-se por pais que assistiram ao nascimento dos seus filhos, numa maternidade da capital, entrevistados até 48 horas após o parto. Só foram entrevistados pais de nacionalidade portuguesa no sentido de controlar a introdução de novas variáveis (ex: cultura).

Os instrumentos de colheita de dados utilizados neste estudo são o questionário e a entrevista. O questionário teve como objectivo colher dados para caracterizar a amostra e é composto por 11 perguntas de carácter fechado. Foi escolhido por, entre outras vantagens, requerer pouco tempo para o seu preenchimento, ser pouco dispendioso e garantir o anonimato total.

A entrevista estruturada foi o instrumento seleccionado para colher os dados relativamente às percepções dos pais. O guião da entrevista utilizado é composto por 7 perguntas abertas.

Para a análise dos dados colhidos através do questionário recorreu-se à estatística descritiva e para a análise dos dados colhidos através da entrevista recorreu-se à análise de conteúdo, tendo-se procedido a um sistema de categorização, partindo de categorias predefinidas com base no nosso objectivo. Posteriormente, e após sucessivas leituras das transcrições das entrevistas, procedemos à selecção das frases significativas e agrupámo-las em domínios de conteúdo idêntico, constituindo quadros de categorias, nos quais, além dos domínios e das unidades de registo, incluímos a frequência com que se verificaram.

Foram respeitados todos os princípios formais e éticos para a realização do estudo.

## APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

### Caracterização da amostra:

- A idade dos pais situa-se entre os 21 e os 40 anos, tendo a maioria idade entre os 30 e os 39 anos (58,82%).
- O estado civil é maioritariamente casado (ou união de facto) (88,24%).
- Relativamente à escolaridade dos pais verificou-se que a maioria possui o ensino

superior (52,94 %). Houve uma grande variedade nos dados relativos à actividade profissional estando relacionadas com o nível de escolaridade.

- No que diz respeito à religião verificou-se que a católica é a predominante (82,35%).
- A quase totalidade dos pais (94,12%) desejou ter o filho, embora só 70,59% o tenham planeado. Para a maioria dos pais da amostra este foi o primeiro filho (70,59%).
- O tipo de parto foi maioritariamente eutócico (88,24%) e cerca de 3/4 das mulheres (76,47%) fizeram analgesia de parto pelo método epidural. A média de horas do trabalho de parto foi 10 horas.

#### *Análise dos dados das entrevistas*

Para a análise dos dados procedemos a um sistema de categorização dos dados, tendo sido efectuadas 5 categorias (sentimentos, conhecimentos antes do parto, conhecimentos no momento do parto, experiências positivas e experiências negativas) e respectivas dimensões.

#### *Categoria “SENTIMENTOS”*

Relativamente a esta categoria verificou-se uma grande variedade nos sentimentos manifestados pelos pais que constituem a amostra. Maioritariamente os pais referiram sentimentos positivos, como a alegria, o amor, a felicidade e o carinho. Verificou-se uma grande preocupação dos homens com o bebé e com a mãe, bem como o desejo de ajudar a companheira e partilhar a experiência do nascimento. Estes resultados vão de encontro aos resultados de outros estudos (Chandler e Field, 1997; Vehviläinen-Julkunen e Liukkonen, 1998; Johnson, 2002; Smith, 1999) e demonstram um envolvimento cada vez maior dos homens com a gravidez e o nascimento.

Podemos constatar que apesar de durante muito tempo os homens terem evitado o envolvimento na gravidez e parto, nos últimos anos a sua atitude mudou significativamente. Actualmente são encarados como elementos importantes no processo de reprodução e estão mais consciente da transição que ocorre na sua vida procurando ter a sua própria experiência pessoal (Estêvão; 1995; Colman

e Colman, 1994).

Ainda que com menor frequência, alguns homens manifestaram terem-se sentido ansiosos e impotentes durante o nascimento dos filhos, sentindo alívio após o parto. Estes resultados coadunam-se com as pesquisas de Chandler e Field (1997), Vehviläinen-Julkunen e Liukkonen (1998), Smith (1999) e Johnson (2002), nas quais os homens relataram medo, desconforto, tensão e sensação de impotência, e referiram que a sensação de impotência diante da dor da mulher foi um dos momentos mais difíceis do acompanhamento do trabalho de parto. Para Colman e Colman (1994) devemos ter em conta que a tecnologia, o sofrimento da companheira ou alguns aspectos do parto (ex. ver sangue) podem perturbar e impressionar os homens. Não podemos esquecer que, a forma como cada homem enfrenta a ansiedade é pessoal e depende do seu envolvimento com a gravidez e da sua capacidade para lidar com os aspectos emocionais. (Maldonado, 1997; Videla, 1997; Klaus, Kennell e Klaus, 2000)

Alguns dos pais que constituem a amostra referiram ter sentido uma sensação única, que não conseguem especificar, o que poderá estar relacionado com a dificuldade dos homens em manifestarem os seus sentimentos e emoções, tal como referido por diversos autores (Costa, 1992; Amâncio, 1994). Serra (2001) verificou que os pais demonstraram alguma dificuldade em expressar as emoções e sentimentos relativamente ao primeiro contacto com o RN, mas quando o fizeram os sentimentos referidos foram de felicidade, contentamento e alegria.

#### *Categoria “CONHECIMENTOS ANTES DO PARTO”*

Ao analisarmos os dados desta categoria verificamos que há uma vontade dos homens em participarem activamente no trabalho de parto e parto, procurando estar preparados para ajudar a sua companheira. Na nossa amostra os pais referiram ter frequentado cursos de preparação para o parto e ter procurado informação, através de pesquisa em material didáctico, com vista à preparação para o parto. Outros homens referiram ter acompanhado a gravidez (ex. frequentaram as consultas) ou já

ter assistido a partos anteriormente. Alguns pais referiram não se sentir preparados, apesar de terem informação.

Confirma-se que o homem moderno se apresenta decidido a partilhar a experiência da gravidez e do nascimento e que o papel do pai, quase sempre definido como o do apoio à mulher, não é tudo. Assim, não devemos esquecer que, apesar do papel do pai se ter alterado profundamente ao longo dos anos, isso não implica que ele se sinta preparado para acompanhar e participar na gravidez e no parto. Os profissionais de saúde podem ser determinantes poderosos nos futuros modelos de paternidade, fomentando uma participação do pai em todo este processo, e tornando-o num participante activo, envolvente e empenhado em todas as dimensões de cuidados à criança (Moreira & Fernandes, 2000).

#### *Categoria “CONHECIMENTOS NO MOMENTO DO PARTO”*

Nesta categoria verificou-se que a maioria dos pais que constituem a mostra se sentiam preparados para assistir ao parto, referindo terem informações suficientes, não precisarem de mais informações e terem conhecimentos para ajudar a companheira. Houve alguns pais que referiram terem sido apoiados pelos profissionais de saúde no decorrer do trabalho de parto e parto. Há, no entanto, alguns aspectos extremamente importantes referidos pelos pais, como sejam o facto de não terem recebido apoio ou informação por parte dos profissionais de saúde, a necessidade de fazer questões para receber informação ou a vontade de receber informações diferentes das que possuíam ou lhes foram dadas.

Mais uma vez estes dados revelam-nos a importância dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, que, na equipa de saúde, é o que tem maior oportunidade de contactar com o pai, dando-lhe apoio e orientação, respeitando-o e integrando-o nos acontecimentos que vão ocorrendo, através de uma informação adequada ao seu grau de conhecimentos e incentivando a sua participação. (Ramos, 2003). Não devemos esquecer que, apesar da importância do papel de acompanhante da mulher, o papel do pai deve ser mais do que isso.

Estes resultados estão de acordo com Chandler e

Field (1997) e Johnson (2002) que apontam que o homem se sente muitas vezes excluído do processo de nascimento, servindo apenas como provedor de apoio moral e de conforto. Também nos estudos de Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen (1998) e Johnson (2002) os pais entrevistados referiram a necessidade de mais informações sobre como cuidar da sua mulher e sobre a progressão do trabalho de parto.

#### *Categoria “EXPERIÊNCIAS POSITIVAS”*

Nesta categoria verificamos que para os pais, assistir ao nascimento dos filhos foi uma experiência que irá fortalecer a relação conjugal e com a restante família. Os pais entrevistados manifestaram terem-se sentido apoiados pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto, e que cortar o cordão umbilical foi uma experiência muito satisfatória.

Estes dados coadunam-se com os resultados de Serra (2001), nos quais os pais consideram que acompanhar o trabalho de parto é uma experiência muito significativa, não só para a mulher, mas também para eles próprios. Nos estudos de Chandler e Field (1997) e Smith (1999) alguns dos aspectos positivos da participação dos pais no parto referem-se sobretudo a maior intimidade com a mulher.

O facto de a gravidez ocorrer no corpo da mulher confronta o homem com os limites do seu próprio corpo, levando a que por vezes se sintam excluídos do processo. Envolver os pais no processo de nascimento, permitindo-lhe a execução de determinadas tarefas, tal como o corte do cordão umbilical ou o pegar no bebé, pode contribuir para que a experiência do nascimento do filho seja recordada como muito importante e agradável.

Segundo Brazelton (1992) a chegada de um bebé marca a transição de um relacionamento dual para uma relação triangular a que é preciso estar atento, na medida em que pode desencadear uma série de sentimentos no casal e concretamente nos pais, que poderão sentir-se excluídos da díade mãe/filho.

#### *Categoria “EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS”*

Nesta categoria o aspecto mais relevante é o facto aproximadamente metade dos pais que cons-

tituem a amostra referirem que não se sentiram apoiados, como gostariam, durante o trabalho de parto e parto. Tal como vimos anteriormente, estes resultados estão de acordo com os de outros autores nos quais os homens referiram terem-se sentido excluídos do nascimento, havendo falta de informação por parte da equipa de saúde. (Chandler e Field, 1997; Vehviläinen-Julkunen e Liukkonen, 1998; Johnson, 2002)

Estes dados indicam-nos que apesar das mudanças no papel do pai e de actualmente se incentivar a cada vez maior participação dos pais no nascimento, esta mudança não significa que os pais estão preparados para a vivência desta experiência. Garantir uma boa ligação entre a tríade a partir do nascimento, exige não só a existência de condições físicas e humanas que permitam a efectiva prestação de cuidados centrados na família, mas sobretudo, a adequada motivação dos profissionais. (Oliveira, 2004)

A orientação e incentivo por parte dos profissionais de saúde (ex. enfermeiros) são fundamentais para ajudar o acompanhante a interagir com a mulher e a ter a sensação de ser útil no trabalho de parto. No entanto, Chapman (2000) enfatiza que é necessário respeitar as capacidades do homem durante o trabalho de parto, e que é importante considerar a dificuldade dos acompanhantes em lidar com os momentos intensos, próximo do período expulsivo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é hoje entendida de uma forma mais global e abrangente. Nessa perspectiva, é importante que os profissionais de saúde olhem para os problemas inerentes à sua prática, ajudando a efectuar mudanças fundamentais, atendendo às necessidades dos destinatários dos cuidados, de forma a permitir-lhe fazer face, de forma eficaz, às crescentes exigências de uma sociedade em permanente transformação.

A complexidade da vida social e familiar coloca novos desafios aos homens e às mulheres da actualidade. A participação do homem no nascimento do seu filho é actualmente um direito, mas é importante compreender que, embora o acom-

panhante ocupe um lugar de referência familiar e emocional para a parturiente, ele também se encontra emocionalmente envolvido neste processo.

Verificou-se que os resultados deste estudo estão em concordância com os resultados de outros estudos, constatando-se que o homem da actualidade está decidido a partilhar a experiência da gravidez e do nascimento e que o papel do pai, quase sempre definido como o do apoio à mulher, é muito mais que isso. No entanto, não devemos esquecer que, apesar do papel do pai se ter alterado profundamente ao longo dos anos, isso não implica que ele se sinta preparado para todo este evento que é a gravidez e o parto, tal como referido por alguns dos pais entrevistados. Deste modo, a preparação do futuro pai é de extrema importância e os profissionais de saúde devem fomentar uma participação mais activa do pai em todo este processo, tornando o pai num participante activo, envolvente e empenhado em todas as dimensões de cuidados à criança (Moreira & Fernandes, 2000).

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica possui uma posição única para influenciar os cuidados e o bem-estar das famílias. Além do apoio e orientação que deve prestar à parturiente durante as diferentes fases do trabalho de parto, não deve descurar o pai, que deve ser respeitado e integrado nos acontecimentos que vão ocorrendo, através de uma informação adequada ao seu grau de conhecimentos e incentivando a sua participação.

Este estudo foi realizado em meio urbano, com uma amostra não-probabilística accidental. Por isto, penso ser pertinente a realização de outros estudos, nomeadamente a realização de um estudo similar, com uma amostra mais diversificada, do ponto de vista etário, cultural, e relativamente ao tipo de parto, com objectivo de perceber mais claramente, as percepções dos pais de diferentes culturas e com diferentes experiências de parto. Na sequência deste estudo também seria interessante investigar quais as necessidades de apoio/informação que os pais sentem durante o trabalho de parto, para melhor adequar-mos os nossos cuidados.

Conhecer as percepções que os homens manifestam após assistirem ao parto é importante para

sabermos que tipo de apoio necessitam e que cuidados devemos melhorar que conduzam a uma vivência satisfatória da paternidade. Este estudo pode conduzir à reflexão sobre a temática, no sentido de instituir mudanças nas práticas, em matéria de cuidados de saúde e rotinas hospitalares, durante o período de gravidez, parto e puerpério,

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMÂNCIO, Lígia – *Masculino e Feminino: A construção social da diferença*. 2ª ed. Porto: Afrontamento, 1994.
- BALANCHO, Leonor Falé – *Ser pai hoje*. 3ª ed. Barcarena: Presença, 2003.
- BAYLE, Filomena – A Parentalidade. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.
- BERTSCH, T. D. [et al.] - Labor support by first-time fathers: Direct observations with a comparison to experienced doulas. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, Nº 2 (1990), p.251-260
- BRAZELTON, T. Berry – *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terra-mar, 1992.
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela M. – *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.
- CARVALHO, Maria Luiza Mello de – A participação do pai no nascimento da criança. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19 (2) (2003), p. 45-50
- CHANDLER, S.; FIELD, P.A. - First-time fathers' experience labor and delivery. *Journal of Nurse-Midwifery*. Nº 42 (1997), p.17-24. Disponível em Medline
- CHAPMAN, Linda L. - Expectant fathers and labor epidurals. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursery*, 25 (2000), p. 133-138. Disponível em Medline
- COLMAN, Libby Lee; COLMAN, Arthur D. – *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri, 1994.
- COSTA, Adélia – Representações sociais de homens e mulheres em Portugal. *Cadernos da Condição Feminina*. 34 (1992)
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira – A presença de um(a) acompanhante durante a atenção ao parto: A experiência da Maternidade Leila Diniz. *Interfaces – Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva*. (2002), p. 279-307.
- ESTÊVÃO, A. M. – Fantasias Paternas no ultimo trimestre da gravidez. *Análise Psicológica: do feminino e do materno*, Nº 13 (1995), p. 195-202
- FORTIN, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.
- GOMEZ, Rita – A Parentalidade. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.
- HODNETT, E. D. - Caregiver support for women during childbirth. *The Cochrane Library*, vol. 3 (2001) Disponível em <http://www.cochrane.org>
- HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; ALVARENGA, Augusta Thereza de – A definição do acompanhante no parto: Uma questão ideológica? *Estudos Feministas*. Nº 10 (2002), p.461-481
- JONHSON, Martin P. - An exploration of men's experience and role at childbirth. *The Journal of Men's Studies*, Nº 10 (2) (2002), p. 165-182
- KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. – *A família durante a gravidez. Pais/Bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1993.
- KLAUS, Marshall; KENNEL, John & KLAUS, P. H. – *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- KLEIN, Phyllis M. – Cuidados de Enfermagem Durante a Gravidez. *Enfermagem na Maternidade*. 4ªed. Loures: Lusociência, 1999.
- MALDONADO, Maria Teresa Pereira – *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 1997.
- MALPIQUE, C. – O papel do Pai na sociedade contemporânea – ausência do pai. *Nascer e Crescer*. Vol 5, nº3 (1996).
- MOREIRA, Rosa; FERNANDES, Clarinda – Factores que influenciam a não presença do pai no momento do nascimento do filho. *Sinais Vitais*. Nº 33 (Nov. 2000), p. 33-37
- OLIVEIRA, Maria Madalena Salgado de – *A paternidade e as Práticas de Cuidar: estudo exploratório nos primeiros dois meses após o parto*. Dissertação de Mestrado em estudos sobre as mulheres apresentada à Universidade Aberta, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – *Maternidade Segura, Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996.
- SERRA, Aida Abreu – *Do acompanhamento do trabalho de parto às interações precoces*. Dissertação de Mestrado em Comunicações em Saúde apresentada à Universidade Aberta, 2001.
- SMITH, M. J. Somers - A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*. Nº 15 (1) (1999), p. 101-108.
- TORRES, Anália Cardoso – *Trajectórias dinâmicas e formas de conjugalidade. Assimetrias sociais e de género no casamento*. Dissertação de Doutoramento em Sociologia apresentada ao ISCTE, 2000.
- VIDELA, M. – *Maternidade mito e realidade*. Buenos Aires: Nueva Vision, 1997.
- WILLIAMS, Rhea P. – Dinâmica Familiar na Gravidez. *Enfermagem na Maternidade*. 4ªed. Loures: Lusociência, 1999.
- ZIEGEL, Erna E. CRANLEY, Mecca S. – *Enfermagem Obstétrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986.

# AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE TERMINAL: PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

Catarina Alves<sup>1</sup>; Salomé Ferreira<sup>2</sup>

## Resumo

A avaliação da dor faz parte dos cuidados de enfermagem e este estudo teve por objetivo identificar as estratégias e boas práticas utilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal.

Trata-se de um estudo descritivo no qual estiveram envolvidos 18 enfermeiros. Foram realizadas 18 entrevistas; 36 observações das passagens de turno e 36 análises documentais aos registos de enfermagem.

Das entrevistas realça-se que os enfermeiros utilizam como estratégias para a avaliação da dor: a observação do doente, identificação de sinais somáticos e a utilização de escalas de avaliação. Das passagens de turno sobressai que os enfermeiros apesar de fazerem referência ao fenómeno dor, não mencionam a estratégia utilizada na sua avaliação. Da consulta dos registos, verifica-se que relativamente a este fenómeno apenas é registado a utilização das escalas das faces ou numérica.

Verifica-se que o registo da avaliação da dor no doente terminal se encontra limitado aos doentes conscientes e orientados, ficando por esclarecer como é registada a avaliação da dor nos doentes inconscientes e sem resposta verbal.

Os resultados vêm reforçar para a importância dos registos de enfermagem completos e a reflexão sobre a avaliação da dor nos doentes inconscientes ou sem resposta verbal.

**Palavras-chave:** Avaliação da Dor, Doente Terminal, Perceção do Enfermeiro

## Abstract

### ASSESSMENT OF PAIN IN TERMINAL PATIENT: PERCEPTION OF NURSES FOR GENERAL CARE

*The assessment of pain is part of nursing care and this study aimed at identifying the best practices and strategies used by nurses to assess pain in terminally ill patients.*

*This is a descriptive study in which 18 nurses were involved. Eighteen (18) interviews, thirty-six (36) observations of shift changes and thirty-six (36) documentary analyzes of the nursing records were conducted.*

*Regarding the interviews we emphasize that the nurses use, as strategies for the assessment of pain: patient observation, identification of somatic signs and the use of rating scales. Concerning shift changes, it's clear that the nurses, despite referring the phenomenon of pain, do not mention the strategy used in its evaluation. Taking into account the consultation of records, only the use of face or numerical scales is recorded.*

*The record of the assessment of pain in terminally ill patients is limited to conscious and oriented patients. Thus, how the assessment of pain in unconscious patients and with no verbal response is recorded remains unclear.*

*The results reinforce the importance of complete nursing records and the reflection on the assessment of pain in unconscious patients or with no verbal response.*

**Keywords:** Pain Assessment, Terminal Ill Patient; Perception of the Nurse

## Resumen

### VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL ENFERMO TERMINAL PERCEPCIÓN DEL ENFERMERO DE CUIDADOS GENERALES

*La valoración del dolor forma parte de los cuidados de enfermería y el presente estudio tuvo como objetivo identificar las mejores prácticas y estrategias utilizadas por los enfermeros para valorar el dolor en enfermos terminales.*

*Este estudio se trata de un estudio descriptivo en el cual participaron 18 enfermeros y donde se llevaron a cabo 18 entrevistas, 36 observaciones de cambios de turno y 36 análisis documental de los registros de enfermería.*

*Como resultado de las entrevistas se puede destacar que los enfermeros utilizan como estrategias para la valoración del dolor: la observación del paciente, la identificación de señales somáticas y la utilización de escalas de valoración. De los cambios de turno resalta que los enfermeros a pesar de referir el fenómeno del dolor, no mencionan la estrategia utilizada en su valoración. De la consulta de los registros, se comprueba que relativamente a este fenómeno apenas es registrada la utilización de las escalas de caras o numéricas.*

*Se verifica que el registro de la valoración del dolor en enfermos terminales se encuentra limitado a aquellos pacientes conscientes y orientados, faltando por esclarecer como es registrada la valoración del dolor en pacientes inconscientes y sin respuesta verbal.*

*Los resultados obtenidos refuerzan la importancia de los registros de enfermería completos y la reflexión sobre la valoración del dolor en los pacientes inconscientes o sin respuesta verbal.*

**Palabras clave:** Valoración del dolor, Enfermos terminales, Percepción del enfermero

Rececionado em abril 2014. Aceite em maio de 2014

<sup>1</sup>Mestre em Cuidados Paliativos; Enfermeira no Centro Hospitalar do Médio Ave

<sup>2</sup>Doutorada em Psicologia da Saúde; Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

## INTRODUÇÃO

A dor é um dos sintomas mais temidos na fase final da vida, surgindo à medida que a doença em fase terminal progride. Apesar dos avanços tecnológicos e científicos, a dor não tratada é uma realidade e um problema, pelo que o primeiro passo no seu controlo é o seu reconhecimento (Smeltzer & Bare, 2005).

Torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para avaliar a dor de forma eficaz e é neste sentido que os enfermeiros têm um papel essencial, pois são os profissionais que pela proximidade com o doente, avaliam e planeiam estratégias adequadas e individualizadas.

O contacto diário com doentes em fim de vida hospitalizados suscita algumas dúvidas e inquietações em relação à avaliação da dor, pelo que se considera pertinente estudar esta temática. Assim, surgiu este estudo para o qual foram delineados os seguintes objetivos: identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal; identificar boas práticas utilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal.

Com este trabalho pretende-se promover boas práticas na avaliação da dor perante o doente terminal, de forma a proporcionar a todos os doentes em fim de vida os melhores cuidados de enfermagem.

### A DOR: UM FENÓMENO MULTIDIMENCIONAL

A dor é um fenómeno fisiológico desencadeado por um estímulo nocivo ou potencialmente lesivo, capaz de desencadear respostas reflexas ou cognitivas para prevenir ou evitar o aparecimento de lesões. Depois de cumprir a sua função vital de sinal de alarme, a dor pode persistir e evoluir, provocando sofrimento e redução da qualidade de vida. O seu controlo torna-se um desafio para os profissionais de saúde, pelo que é fundamental a sua avaliação sistemática, assim como o conhecimento de estratégias de contro-

lo da mesma (McGillion & Watt-Watson, 2010). De facto, avaliar a dor é muito mais do que tornar objetivo algo subjetivo e pessoal. Trata-se de identificar a verdadeira natureza e o significado da experiência dolorosa, através de um conjunto de informações fundamentais para a identificar e quantificar (Azevedo, Maia, Pedro, Ribeiro e Barbosa, 2008).

De acordo com Ferreira (2009) a abordagem da dor implica uma avaliação biopsicossocial do fenómeno proporcionando um diagnóstico e tratamento mais adequado. Uma história detalhada através da entrevista clínica e a avaliação das variáveis psicológicas permite um entendimento mais profundo do fenómeno doloroso.

No doente em fase terminal, a dor é um sintoma comum, que vai para além do físico e do psíquico, abrangendo toda a pessoa num profundo sofrimento e por vezes considerada inútil e desnecessária, uma vez que neste tipo de doentes a dor não atua como mecanismo de defesa ou sinal de alerta (Pacheco, 2004). De acordo com Kazanouski e Lacetti (2005) à medida que o momento da morte se vai aproximando, a dor do doente pode aumentar, diminuir ou permanecer no mesmo nível de intensidade e à medida que a doença terminal evolui muitos doentes experimentam dor por vezes é considerada um dos sintomas mais temidos na fase final da vida.

Num estudo americano desenvolvido para compreender os prognósticos e preferências para os resultados e riscos do tratamento da dor, os investigadores observaram que 40% dos doentes com dor crónica e os doentes idosos, que morreram no hospital, sofreram de dor moderada a intensa nos últimos três dias de vida (Smeltzer & Bare, 2005). Um outro estudo desenvolvido por Lynn, Teno, Phillips et al. (1997) citado por Smeltzer e Bare (2005), sobre a experiência de morrer, onde foram entrevistados 2451 familiares de doentes que morreram, 55% destes doentes estavam conscientes nos últimos três dias de vida, sendo que, 4 em cada 10 indicaram presença de dor máxima.

Apesar da existência de estratégias terapêuticas efetivas e de orientações para obter um controlo eficaz da dor, pesquisas evidenciam

que mais de 40 a 50% dos doentes internados em instituições hospitalares não conseguem obter alívio satisfatório da dor (Kazanouski & Laccetti, 2005) pelo que a avaliação da dor é uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados a doentes em fase terminal, sendo este um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

Na Carta dos Direitos do Doente Terminal de 1975, são destacadas as necessidades prioritárias entre as várias que o doente pode manifestar e que exigem respostas adequadas. Salientamos a necessidade de não sofrer indevidamente, o que inclui o alívio da dor e da restante sintomatologia, a prestação de cuidados proporcionados em relação aos resultados esperados e também todo o apoio psicológico que possa contribuir para diminuir o sofrimento (Pacheco, 2004).

Em relação ao tratamento e controlo da dor no doente terminal pouco difere do tratamento e controlo da dor nos outros doentes (Smeltzer & Bare, 2005), no entanto no doente em fim de vida necessita de uma avaliação da dor mais abrangente e cuidadosa, uma vez que esta pode ser prejudicada pela presença de confusão, delírio e consciência alterada.

Não existe uma forma única universalmente aceite para avaliar a dor, no entanto existem várias escalas e instrumentos de medida que devem ser adequados a cada situação sendo que o sucesso para um controlo eficaz da dor passa pela correta monitorização e planeamento de estratégias individualizadas, sempre em articulação com a equipa multidisciplinar (Sousa, 2009).

Em 14 de Junho de 2003, a Direção Geral de Saúde lançou a circular normativa nº 09 que identifica a dor como o 5º sinal vital, com o objetivo de avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços de saúde, definindo para esta avaliação a utilização de escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica”, convertida em escala numérica para efeitos de registo, “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces” (Portugal, 2003).

A referida circular normativa estabelece algumas diretrizes fundamentais para uma correta e objetiva avaliação da dor nomeadamente o fac-

to de a avaliação da intensidade da dor poder realizar-se através de qualquer uma das escalas propostas e aplica-se a doentes conscientes e colaboradores com idade superior a três anos. Considera-se ainda que a intensidade da dor é sempre referida pelo próprio e refere-se ao momento da sua colheita, a escala utilizada para um determinado doente deve ser sempre a mesma, a linguagem utilizada entre o profissional de saúde e o doente deve ser comum e compreensível, podendo ser necessário um ensino prévio à utilização da escala, e por fim, é fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreendeu corretamente o significado e a utilização da escala (Portugal, 2003).

Pode acontecer que os doentes não distingam entre dor e o que a dor significa para eles, ou seja o sofrimento. Por isso a focalização, nestas duas dimensões, sublinha a importância de se escutar atentamente o doente, e valorizar as informações que ele dá, para se entender, o melhor possível a sua experiência de dor (McGillion & Watt-Watson, 2010).

No caso de estarmos perante doentes com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal, como é o caso das crianças e idosos com alterações cognitivas e os doentes em fim de vida, devemos estar particularmente atentos aos sinais de presença de dor (Portugal, 2008).

No doente terminal, que nem sempre verbaliza, o enfermeiro deverá ter uma atenção redobrada para uma avaliação correta da dor percebendo a sua história e efetuar uma observação cuidadosa do doente, detetando possíveis alterações fisiológicas e reações comportamentais adotadas face à presença de dor. Barón, Ordóñez, Feliu, Zamora, e Espinosa (2007) defendem que é necessário dedicar mais tempo à avaliação da dor nos pacientes com deterioração cognitiva, dando especial atenção às atitudes verbais e não-verbais, às alterações nos hábitos e à opinião dos cuidadores. Também Metzger, Schwetta e Walter (2002) confirmam a presença de uma componente comportamental da dor no doente terminal, expressa através de gemidos, taquicardia e expressão facial.

Em 2007, um estudo brasileiro aborda o tema

do papel do enfermeiro frente à monitorização da dor como 5º sinal vital e conclui que a equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental na monitorização da dor, pois a sua intervenção face à gestão da dor é capaz de influenciar todo o trabalho multidisciplinar. Refere ainda que é imprescindível a sensibilização dos enfermeiros para a formação nesta área, para que possam desempenhar um papel ativo e eficaz, conduzindo assim para o sucesso da gestão da dor (Fontes & Jaques, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros recomenda como boa prática profissional, na avaliação da dor, os seguintes aspetos (Mateus, 2008): reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua dor; acreditar sempre na pessoa que sente dor e na sua intensidade; privilegiar o auto-relato como indicativo da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e funções cognitivas mantidas; avaliar a dor de forma regular e sistemática; colher história da dor mais completa possível; selecionar os instrumentos de avaliação atendendo ao tipo de doente e situação clínica; avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto-avaliação validadas para o contexto nacional; assegurar a compreensão das escalas pela pessoa após o ensino; manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações; garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar.

O doente em fim de vida apresenta elevadas necessidades de saúde, pelo que o enfermeiro deverá estar atento ao alívio da dor e da restante sintomatologia, de forma a proporcionar todo o conforto e bem-estar na fase final do ciclo vital.

## MATERIAL E MÉTODOS

Uma vez que se pretende explorar e descrever um fenómeno este estudo enquadra-se no paradigma qualitativo. Trata-se de um estudo de nível I do tipo exploratório descritivo, sendo que o perfil descritivo atribui-se ao delineamento da realidade, procurando descrever o papel do enfermeiro na avaliação da dor no doente terminal,

completando-se com o perfil exploratório que pretende aprofundar e compreender o fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

A finalidade do trabalho é contribuir para um conhecimento aprofundado sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal tendo sido definidos os seguintes objetivos: identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal e identificar boas práticas por parte dos enfermeiros na avaliação da dor no doente terminal.

A colheita de dados foi realizada num Centro Hospitalar, num serviço de medicina, sendo salvaguardados todos os procedimentos éticos inerentes a um trabalho de investigação.

A população alvo foi composta pelos enfermeiros dum serviço de medicina do Centro Hospitalar, sendo que a amostra foi selecionada por conveniência de acordo com três critérios de inclusão: ser enfermeiro no serviço de medicina do Centro Hospitalar, ser prestador de cuidados de enfermagem a doentes em fase terminal, no mínimo há seis meses. A amostra final foi determinada após atingir a saturação de dados que coincidiu com a realização de 18 entrevistas.

Foram utilizadas três fontes de colheita de dados: a entrevista semiestruturada; a observação não participada das passagens de turno e a análise documental dos registos de enfermagem.

Os dados obtidos através da entrevista semiestruturada, da observação da passagem de turno e da consulta dos registos de enfermagem, foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2011), e do resultado de cada fonte de colheita de dados foi realizada triangulação de dados.

## RESULTADOS

Do resultado das entrevistas, da observação não participada das passagens de turno e da análise dos registos de enfermagem destacam-se os seguintes resultados:

Os 18 enfermeiros entrevistados identificam três estratégias de avaliação da dor no doente

terminal, nomeadamente a observação do doente (16 entrevistados), a identificação de sintomas somáticos (4 entrevistados) e a utilização de escalas de avaliação (6 entrevistados).

Relativamente à observação do doente, por parte dos enfermeiros, destaca-se atenção para a expressão facial, a presença de vocalizações e a posição corporal. Estes resultados vão de encontro à posição de Powell et al. (2010), pois este refere que a avaliação da dor é realizada com elementos baseados no comportamento, como a expressão facial e as reações emocionais.

Os enfermeiros entrevistados aos identificarem sinais e sintomas somáticos, tais como o choro, gritos, palidez, taquicardia ou bradicardia, como formas de manifestação de dor, confirmam a presença da componente comportamental da dor de acordo com a interpretação de Metzger, Schwetta e Walter (2002), que se caracteriza pela presença dos referidos sinais e sintomas somáticos.

O fenómeno dor apresenta várias características que devem ser identificadas pelo profissional de saúde quando faz uma primeira abordagem junto da pessoa com dor. Estas características permitem identificar a natureza e o significado da experiência dolorosa, para que o profissional de saúde possa classificar a dor e obter a sua intensidade tal como nos refere Azevedo et al. (2008). De acordo com Mateus (2008) é fundamental conhecer a intensidade do fenómeno dor, para a tentar quantificar através de instrumentos de avaliação da intensidade.

Verificamos que os enfermeiros entrevistados utilizam escalas de mensuração da dor propostas pela Direção Geral da Saúde: a escala numérica e a escala das faces, que se encontram validadas internacionalmente, para avaliar de forma correcta a intensidade da dor.

Os enfermeiros entrevistados, ao interrogar o doente terminal sobre a sua dor, estão a cumprir as diretrizes da Direção Geral da Saúde (Portugal, 2003), uma vez que a intensidade da dor é sempre referida pelo doente.

Verificamos também a presença de uma boa prática na avaliação da dor, nomeadamente a utilização do auto-relato, como fonte de informação privilegiada da presença do fenómeno

dor, na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas (Mateus, 2008).

Depois da observação não participada de 36 passagens de turno dos enfermeiros entrevistados, constatamos que apesar de 15 enfermeiros, durante a passagem de turno, fazem referência à presença do fenómeno dor no doente terminal, nenhum refere a estratégia utilizadas na avaliação da dor.

Os enfermeiros fazem referência à presença do fenómeno dor apenas em 26 passagens de turno, ficando 10 passagens de turno sem referência ao fenómeno dor no doente terminal.

Após a análise de 36 registos dos enfermeiros entrevistados confirmamos que os enfermeiros utilizam as escalas de avaliação da dor utilizadas no Centro Hospitalar, como estratégia de avaliação, registando o fenómeno dor na escala numérica e na escala das faces, complementando essa avaliação nas notas de evolução sempre que é necessário.

De acordo com os registos consultados, a maior parte dos enfermeiros efetua a avaliação da dor na escala das faces (onze), seguindo o número dos enfermeiros que faz o registo na escala numérica (nove) e por fim o número de enfermeiros associam uma nota explicativa da avaliação da dor (quatro).

Dos dados retirados da análise aos registos de enfermagem verificamos que os enfermeiros apenas registam as escalas de avaliação da dor, numérica e das faces, e não fazem referência a mais estratégias utilizadas na avaliação da dor.

Consideramos importante referir que 16 dos entrevistados referem utilizar a observação comportamental como estratégia de avaliação, no entanto os registos de enfermagem não refletem essa estratégia. Verificamos que as escalas de avaliação utilizadas são escalas de autoavaliação, não existindo disponível escala comportamental para o enfermeiro efetuar a avaliação da dor quando o doente terminal não comunica verbalmente.

## DISCUSSÃO

Estes dados relevam a necessidade de sensibilização dos enfermeiros para a importância da avaliação da dor no doente terminal assim como a formação nesta área, indo de encontro às conclusões do estudo desenvolvido por Fontes e Jaques (2007). Por outro lado, e de acordo com o manual de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros a aquisição e atualização de conhecimentos sobre o fenómeno dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelos enfermeiros, pelas instituições de ensino e de prestação de cuidados, para garantir a atualização e incorporar novas práticas (Mateus, 2008).

Salienta-se a importância de um sistema de registos, que se encontra publicada nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que deve incorporar as necessidades de cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados dessas intervenções. Os registos podem ainda ser úteis para obter dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação (Mateus, 2008).

O guia orientador de boas práticas proposto pela Ordem dos Enfermeiros recomenda que o registo do fenómeno dor deverá estar explícito: informação da história de dor na avaliação inicial, registar a intensidade de dor no suporte de registos dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados e registo sistemático das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos e mudanças do plano terapêutico (Mateus, 2008).

O registo da dor como 5º sinal vital revela-se desta forma fundamental, para promover a continuidade de intervenções de controlo e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

## CONCLUSÃO

O enfermeiro, por ser o profissional de saúde, com maior proximidade com o doente, e, tem um papel ativo na identificação, avaliação e registo do fenómeno dor e a sua intervenção na vigilância e monitorização da dor permite prever o

acontecimento de um evento doloroso e atuar de forma autónoma ou interdependente no controlo da dor.

A Ordem dos Enfermeiros apresenta várias recomendações para a prática profissional dos enfermeiros na avaliação da dor, e congratulamo-nos pelo facto de este trabalho nos permitir encontrar algumas dessas boas práticas nomeadamente: reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua dor; acreditar sempre na pessoa que sente dor e na sua intensidade; privilegiar o auto-relato como indicativo da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e funções cognitivas mantidas; avaliar a dor de forma regular e sistemática e avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto-avaliação validadas para o contexto nacional.

Considera-se que este trabalho contribui para a valorização da abordagem da dor, por parte dos enfermeiros, quer na sua avaliação quer ainda no seu controlo. Consideramos importante continuara a investigar o fenómeno dor em cuidados paliativos por forma a ultrapassar todos os problemas associados ao mesmos quer por parte dos profissionais quer por parte daquele que sofre de dor, contribuindo para que os enfermeiros interiorizem o quanto é importante avaliar e controlar daquele que sofre, durante as 24 horas do dia.

## BIBLIOGRAFIA

- Azevedo, A., Maia, I., Pedro, J., Ribeiro, J. & Barbosa, M., (2008). Intervenção autónoma do enfermeiro. *Ser Saúde*, 11, 1-19
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70.
- Barón, M. G., Ordóñez, A., Feliu, J., Zamora, P. & Espinosa, E. (2007). *Compendio del tratado de medicina paliativa*. Madrid: Médica Panamerican.
- Ferreira, M.S. M. (2009). *Variáveis psicológicas na lombalgia crónica: um estudo com doentes em tratamento de fisioterapia e acupuntura*. Dissertação de doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- Fontes, K. B. & Jaques, A. E. (2007). O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc cui saúde*, 6, 481-487.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda.

Kazanouski, M. K., Laccetti, M. S. (2005). Dor, fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Mateus, A. M. L. (coord.). (2008). Dor: guia orientador de boa prática. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

McGillion, M. H. & Watt-Watson, J. (2010). Dor. In Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F. & Green, C. J.. Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença (pp.343-368).Loures: Lusodidacta.

Metzger, C., Schwetta, M. & Walter, C. (2002).Cuidados de enfermagem e dor. Loures: Lusociência.

Pacheco, S. (2004). Cuidar a pessoa em fase terminal. Loures: Lusociência.

Portugal. Direção Geral de Saúde (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal. Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal. Direção Geral de Saúde (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Lisboa: Ministério da Saúde.

Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. (2005).Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Sousa, M. F. C. O. (2009). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

# QUALIDADE E EFICÁCIA DA VIA VERDE CORONÁRIA

Ângela Silva<sup>1</sup>; Elisabete Pereira<sup>2</sup>

## Resumo

A doença coronária aguda é, pela sua prevalência, morbidade e mortalidade, uma situação médica de urgência que justifica uma intervenção planeada de emergência médica. Face a esta realidade, surge assim a necessidade de implementar um protocolo de Via Verde Coronária no serviço de Atendimento Permanente de Adultos do Hospital Cuf Porto. Neste sentido, foi realizado um estudo descritivo retrospectivo que pretende analisar a eficácia deste algoritmo.

**Palavras-chave:** Via verde coronária, Enfarte agudo do Miocárdio, urgência médica, algoritmo.

## Abstract

### *QUALITY AND EFFICIENCY OF CORONARY FAST TRACK.*

*The acute coronary disease is, most of the time, morbidity and mortality, an urgent medical condition that justifies a planned intervention of medical emergency. Due to this reality, arises the necessity to establish a Coronary Fast Track in Cuf Porto Hospital Adults Permanent Treatment. Due to this, a retrospective descriptive study was made to analyse the efficiency of this algorithm.*

*Keywords: Coronary Fast Track, Acute Myocardial Infarction, medical emergency, algorithm.*

## Resumen

### *CALIDAD Y EFICACIA DE LA VÍA RÁPIDA CORONARIA.*

*La enfermedad coronaria aguda es, por su prevalencia, morbidad y mortalidad, una situación médica urgente que requiere una rápida intervención médica. Ante esta realidad, fue necesario implementar un protocolo de Vía Rápida Coronaria en la unidad de Atendimento Permanente para Adultos en el Hospital Cuf Oporto. Para evaluar la efectividad de dicho protocolo, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo.*

*Palabras clave: Vía Rápida Coronaria, Infarto Agudo de Miocardio, emergencia médica, protocolo*

Rececionado em novembro 2013. Aceite em abril de 2014

<sup>1</sup> Enfermeira Licenciada no serviço de Atendimento Permanente de Adultos do Hospital Cuf Porto; [adsilva@jmellosaude.pt](mailto:adsilva@jmellosaude.pt)

<sup>2</sup> Enfermeira Licenciada no serviço de Atendimento Permanente de Adultos do Hospital Cuf Porto; [Elisabete.Pereira@jmellosaude.pt](mailto:Elisabete.Pereira@jmellosaude.pt)

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a doença cardiovascular é uma das principais causas de morte e morbidade na Europa e no Mundo. Em alguns países da União Europeia a mortalidade por doença coronária representa cerca de 65 %. De acordo com a World Health Organization<sup>7</sup>, em 2030 morrerão cerca de 23 milhões de pessoas anualmente devido a alguma forma da doença cardiovascular.

A doença cardiovascular é relacionada na maioria das vezes à população envelhecida, e de facto, segundo a National Institute on Aging, o risco deste tipo de doença aumenta abruptamente após os 65 anos de idade, representando mais de 40% de todas as mortes em indivíduos entre os 65 e 74 anos de idade e quase 60% em idades acima dos 85 anos<sup>5</sup>. Existem ainda outros fatores, como a hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, obesidade, sedentarismo e hábitos tabágicos, que contribuem francamente para um aumento do risco cardiovascular<sup>6</sup>.

Segundo a Direção Geral de Saúde, as doenças cardiovasculares, como o enfarte agudo do miocárdio (EAM), encontram-se entre as principais causas de morbidade, invalidez e perda de anos potenciais de vida na população Portuguesa<sup>3</sup>.

O EAM é uma urgência médica na qual há destruição rápida e morte de uma parte do músculo cardíaco (miocárdio) por falta de oxigenação provocada pela obstrução de uma das artérias coronárias. Constitui a manifestação mais grave da doença coronária sendo a terceira causa de mortalidade em Portugal, a seguir às neoplasias e ao AVC<sup>5</sup>.

Um dos principais objetivos para redução da mortalidade por EAM é a diminuição do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento uma vez que a maior parte das complicações fatais ocorrem nas primeiras horas de evolução<sup>5</sup>. Quanto mais cedo se iniciar o tratamento, maiores serão as probabilidades de sobrevivência. É neste contexto que se torna imperativo a criação de estratégias que permitam um rápido diagnóstico e tratamento destas situações de emergência

Para responder a esta necessidade, foi implementado no Hospital Cuf Porto o algoritmo da Via Verde Coronária (VVC) (ver figura1), elaborado

pela equipa de Medicina Interna, e que se encontra em funcionamento desde Fevereiro de 2011.

A VVC é entendida como uma estratégia organizada para abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado de situações clínicas frequentes e/ou graves e que importam ser valorizadas pela sua importância para a saúde. Torna-se assim essencial não só para melhorar a acessibilidade aos cuidados como para permitir o início do tratamento mais eficaz, nas situações em que o fator tempo é crucial para a redução da mortalidade<sup>4</sup>.

De acordo com o algoritmo da VVC, o utente é identificado na triagem no caso de apresentar alguma da sintomatologia descrita, sendo de imediato encaminhado para a realização de um eletrocardiograma (ECG) que é validado pelo médico presente e posterior monitorização do doente.

## POPULAÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS

A população estudada é referente aos doentes admitidos no protocolo da VVC durante o período de Fevereiro de 2011 a Janeiro de 2013. O estudo foi elaborado pelo método descritivo e a colheita de dados realizada de forma retrospectiva através da consulta da lista de ativação da VVC e da base de dados do serviço de APA, unidade de cuidados intensivos permanente e serviço de hemodinâmica. Foram ainda consultados os processos clínicos de cada utente sempre que necessário.

### Resultados:

Durante o período de tempo analisado (Fevereiro 2011 a Janeiro 2013) foram admitidos no protocolo de VVC do nosso hospital 73 doentes (ver gráfico 1), com uma média de idade de 59 anos, dos quais 73% correspondem ao sexo masculino e 27% ao sexo feminino (ver gráfico 2). Do total destes utentes, 14 foram encaminhados para o serviço de hemodinâmica para realização de cateterismo / angiografia primária.

Figura 1 – Algoritmo da Via Verde Coronária (adaptado de Silveira, 2011)

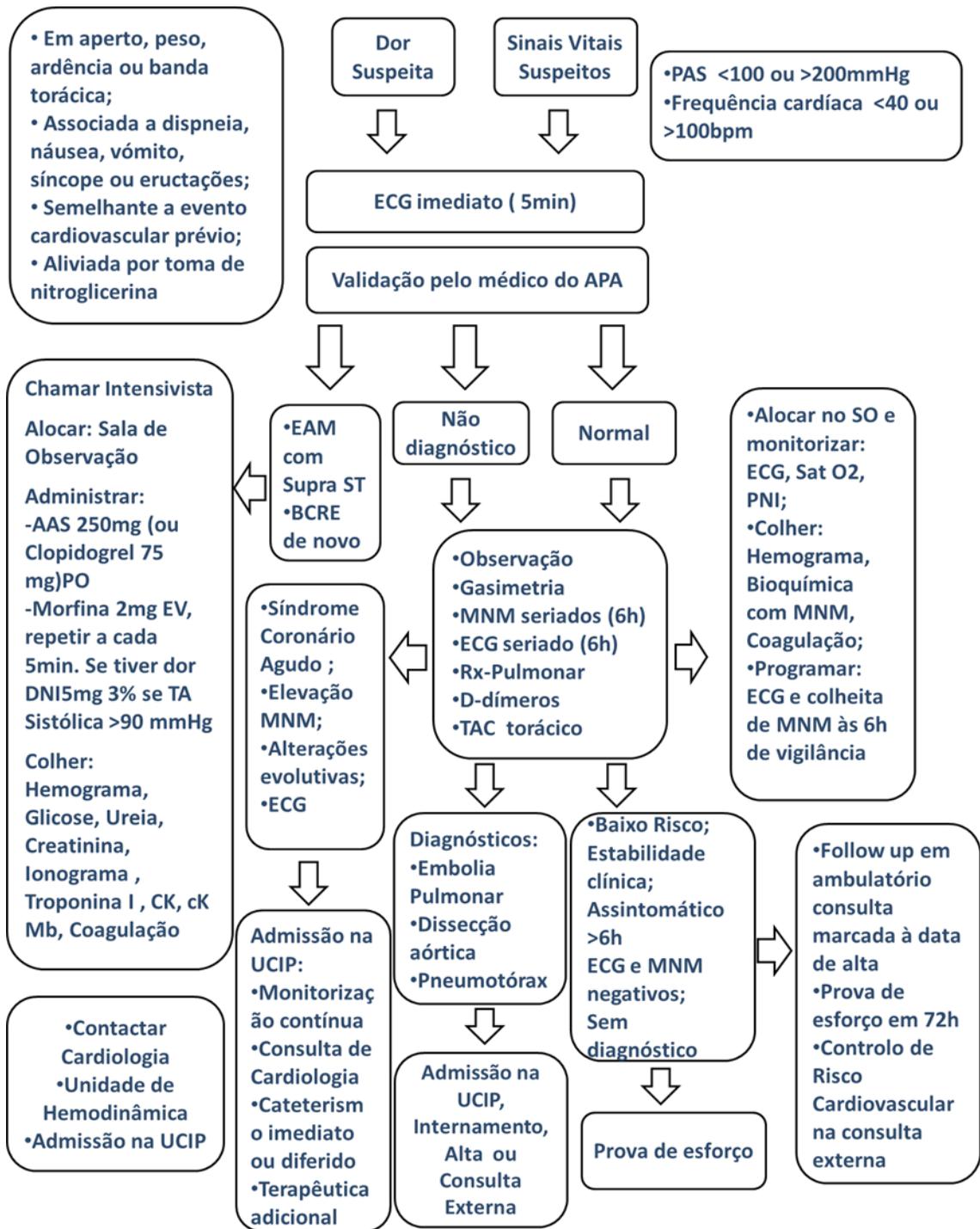


Gráfico 1 – N° de Utentes admitidos no protocolo da VVC

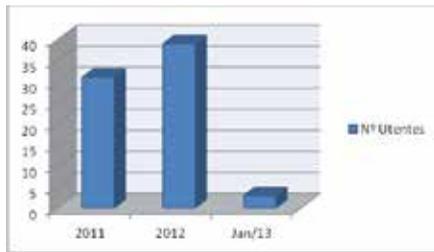
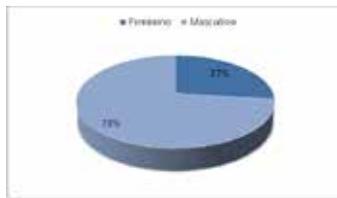


Gráfico 2 – Distribuição dos doentes por género



## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A importância da doença cardiovascular tende a aumentar com a idade, sendo que na população com mais de 65 anos, 50% das mortes registadas na EU se devem a alguma forma de doença cardiovascular.

A implementação da VVC com possibilidade de acesso à realização de angioplastia primária revelou-se pertinente tendo em conta que não está ainda implementada a triagem de Manchester permitindo assim a diminuição dos tempos médios de espera entre o início da sintomatologia, a admissão no APA e a realização do primeiro ECG.

Como esperado, e de acordo com outros estudos nacionais os doentes eram predominantemente do sexo masculino (73%), no entanto, com uma idade média ligeiramente inferior à descrita em outros estudos<sup>1,2</sup>.

A implementação da VVC, atendendo à nossa realidade, permite-nos uma atuação mais organizada e adequada ao tratamento de situações potencialmente graves, melhorando assim a qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Adão L, Bettencourt N, Dias C, Gonçalves C, Mateus C, Mateus P, Salomé N, Sampaio F, Simões L, Ribeiro V. Impacto da emergência pré hospitalar no tratamento e prognóstico do enfarte agudo do miocárdio. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2005; 863-872.
- 2 - Brandão V, Faria R, Gomes V, Jesus I, Marques N, Mimoso J, Sousa P. *Revista portuguesa de cardiologia*, impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2012; 647-54.
- 3 - Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Despacho 76672006 [Internet]. Lisboa; 2006. [acesso em 2013 Jun. 10]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198/0/circularnormativadgs03dspsc060206.pdf>.
- 4 - Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Recomendação Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) [Internet]. Lisboa; 2007 [acesso em 2013 Jun. 10]. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.forma-te.com%2Fmediateca%2Fdownload-document%2F4234-recomendacoes-ciinicas-eam-e-avc.html&ei=UtYgUrXON5De7Abm44CgCA&usg=AFQjCNEU\\_JWqzAF86YIREyjKiXZgJNmW0Q](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.forma-te.com%2Fmediateca%2Fdownload-document%2F4234-recomendacoes-ciinicas-eam-e-avc.html&ei=UtYgUrXON5De7Abm44CgCA&usg=AFQjCNEU_JWqzAF86YIREyjKiXZgJNmW0Q).
- 5 - National Institute on Aging (NIA). Aging Hearts and Arteries. 2005.
- 6 - Sargento D. Fatores de Risco Cardiovasculares e a sua prevenção no doente idoso. *Revista Fatores de Risco da Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. 2011; 70-75.
- 7 - WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). 2011. In Fact sheet nº 317.
- 8 - Silveira A. Algoritmo Via Verde Coronária. 2011. Diapositivos. Acessível em Hospital Cuf, Porto.

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

### 1 - TIPOS DE ARTIGOS

#### 1.1 - Cartas ao director:

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

#### 1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

*Devem estruturar-se da seguinte forma:*

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

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

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

**Desenvolvimento da temática**

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

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

*Extensão máxima recomendada 15 páginas.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Bibliografia**

*Extensão máxima recomendada 20 páginas.*

### 2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: [www.sinaisvitais.pt/rie.php](http://www.sinaisvitais.pt/rie.php)

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.**

### **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 e do SOS, Jornal de Enfermagem.

### **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.**