



SERVIR

SÉRIE
SÉRIE

2

EDIÇÃO ESPECIAL 1
SPECIAL EDITION 1

ano • year
2023

Diretor • Director
Madalena Cunha

RESUMOS

3º congresso internacional

congresso nacional

5º ACEPS

**CIDADANIA EM SAÚDE:
BARÓMETRO SOCIAL E HUMANO**



**ENFERMAGEM:
CUIDAR A DIGNIDADE
COM ESPERANÇA**





Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade | Property | Propiedad

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde- ACEPS
NIPC – 500847169

Sede do Proprietário/Editor/Redator/Impressor | Owner's Headquarters/Publisher/Writer/Printer | Sede del Proprietario/Editor/Redactor/Impresor

Avenida Sidónio Pais, 20- 4º Dt.º

1050-215 Lisboa, Portugal

T. 213146520 | E. servir1952@gmail.com | W. <https://revistas.rcaap.pt/servir>

Diretor | Director | Director

Madalena Cunha

Ficha Catalográfica | Catalogue File | Ficha Catalográfica

Revista Servir/prop. ACEPS, 1952- 2021

Título da Revista | Journal title | Título de la Revista: SERVIR

Título da Revista abreviado | Abbreviated title of the Journal | Título de la Revista abreviado: Rev. Servir

Sigla da Revista | Acronym of the Journal | Sigla de la Revista: SERVIR

Depósito Legal Nº | Legal Deposit | Depósito Legal: 28340/89

Estatuto Editorial | Editorial Status | Estatuto Editorial: SERVIR

ISSNe (versão eletrónica): 2184-5697 (edição digital, Série 2 (2021) n.º 1 e seguintes)

ISSNe (versão eletrónica): 2184-5697 (edição digital, vol. 60 n.º 1-2 dezembro 2019)

ISSNp (versão impressa): 0871-2379 (edição em papel, n.ºs 1 (em 1952) – vol. 59, n.º 5-6, setembro-dezembro de 2017)



Acesso livre e gratuito para autores, revisores e leitores | Free access to authors, reviewers and readers | Acceso libre el autor, revisores e lectores

Periodicidade | Publication Frequency | Periodicidad

Quadrimestral, sendo editada em março, julho e novembro | Quarterly released in March, July and November |

Cuatrimestral, siendo editada em marzo, julio y noviembre

Período temporal da publicação | Temporal period of publication | Período de tiempo de publicación

Série 1 – 1952- 2019 | ano 1 – 68

Série 2 – 2021 | ano 1

Indexação | Indexation | Indexación

→ PubMed, Indexada pela Medline de 1984 a 2013 (NLM ID: 860174)

→ Scopus – 1984 a 2009, 2013

→ RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (a partir de 2020)

→ SARC – Serviço de Alojamento de Revistas Científicas (a partir de 2020)

→ DOAJ – Directory of Open Access Journals (a partir de 2020)



Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde- ACEPS

Editor Chefe | Chief Publisher | Editor Chefe

Madalena Cunha

Editor Adjunto | Assistant Publisher | Editor Adjunto

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque

Conselho Científico | Scientific Council | Consejo Científico

Madalena Cunha | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | Presidente

Carlos Albuquerque | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | Vice-Presidente

Plenário - Conselheiros Vogais

Ana Cristina Mancussi Faro | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

Andreia Silva | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa (PT)

Beatriz Araújo | bea9araujo@gmail.com | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Eduardo Santos | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra (PT)

Elisa Garcia | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Elma Zoboli | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

Fernanda Trindade Lopes | PhD, Instituto Politécnico da Guarda, Guarda (PT)

Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa (PT)

João Mendes | PhD, Universidade de Évora, Évora (PT)

José Amendoeira | PhD, Instituto Politécnico de Santarém, Santarém (PT)

Luís Lisboa Santos | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Lisboa (PT)

Manuela Frederico | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra (PT)

Margarida Reis Santos | PhD, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto (PT)

Margarida Vieira | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga, Braga (PT)

Maria de Lurdes Martins | PhD, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa (PT)

Mauro Alexandre Lopes Mota | PhD, ULSG; Instituto Politécnico de Viseu, Viseu (PT)

Olivério Ribeiro | PhD, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu (PT)

Regina Maria Ferreira Pires | PhD, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT)

Rosa Martins | PhD, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu (PT)

Sérgio Deodato | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Zaida Charepe | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Conselho Editorial Internacional | International Editorial Board | Consejo Editorial Internacional

Madalena Cunha | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT), Presidente
Ana Cristina Mancussi Faro | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)
Ana Frias | Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora (PT)
Anabela Pereira | PhD, Universidade de Aveiro, Aveiro (PT)
Christophe Dubout | PhD, III IFITS Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon (FR)
Elma Zoboli | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)
Luís Saboga Nunes | PhD, Universidade de Educação de Freiburg, Instituto de Sociologia (DE)
Manuela Frederico | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra (PT)
Margarida Vieira | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)
Zélia Anastácio | PhD, Universidade do Minho, Braga (PT)

Editores das Secções | Section Publishers | Editores de Secciones

Enfermagem
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Madalena Cunha | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Ciência ID: 5C12-8847-309C | ORCID iD: 0000-0003-0710-9220

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Luís Miguel Condeço | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Ciência ID: 5619-E022-3F21 | ORCID iD: 0000-0002-4165-7477

Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária
Andreia Costa | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)

Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica
Fátima Martins | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga (PT)
Ciência ID: 7A1F-4C8A-1EB3 | ORCID iD: 0000-0002-9137-5507

Enfermagem de Saúde Familiar
Ana Isabel Andrade | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Ciência ID: BD1A-807B-CEFB | ORCID iD: 0000-0003-1070-8507

Enfermagem Médico-Cirúrgica/Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa
Mauro Mota | MsD, ULSG; Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Ciência ID: A11F-87F8-F478 | ORCID iD: 0000-0001-8188-6533

Enfermagem de Reabilitação
Rosa Martins | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Ciência ID: CB11-984E-CDCA | ORCID iD: 0000-0001-9850-9822



Áreas Multidisciplinares em Saúde
Psicologia da Saúde; Promoção da Saúde
Carlos Manuel de Sousa Albuquerque | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Ciência ID: 9B1E-D9AA-1C3F | ORCID iD: 0000-0002-2297-0636

Metodologias de Investigação e Estatística
Eduardo Santos | PhD, CHUC, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Ciência ID: 8D1E-873C-6D80 | ORCID iD: 0000-0003-0557-2377

Gestão e Administração dos Serviços de Saúde
Olivério de Paiva Ribeiro | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Ciência ID: C51C-7906-19ED | ORCID iD: 0000-0001-7396-639X

Revisores

→ **Adelino Rodrigues** | RN, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)
→ **Alexandra Dinis** | MsD, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Reabilitação)
→ **Ana Carolina Figueiredo Rodrigues** | DR., Unidade de Saúde Local de Matosinhos (PT) (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)
→ **Ana Marinho Diniz** | MsD, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (PT) (Mestrado em Enfermagem)
→ **Ana Patrícia Santos**
→ **Ana Paula Fernandes das Neves** | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) (Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária)
→ **Ana Ribeiro** | Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde Viseu (PT)
→ **Anabela Antunes** | MsD, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde Mental e Psiquiátrica)
→ **Andreia Cátia Jorge Silva da Costa** | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) (Espec Enf. Saúde Pública / Enf Comunitária) | Doutoramento em enfermagem
→ **António Almeida** | MsD, Hospital de São José; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)
→ **António Madureira Dias** | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Médico-cirúrgica) | Doutoramento em Ciências de Enfermagem
→ **Beatriz Araújo** | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec Enf. Saúde infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Ciências de Enfermagem
→ **Conceição Afonso** | Hospital de Braga (PT) (Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação: Pós-graduação em Educação-Pedagogia. Pós-graduação em Gestão de Unidades de Saúde)
→ **Cristina Albuquerque** | RN, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde Materna e Obstétrica) | Socióloga
→ **Elisa Garcia** | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec Enf. Saúde Pública / Enf Comunitária) | Doutoramento em Enfermagem
→ **Emília Sarmento** | PhD, ACES Marão e Douro Norte Unidade de Saúde Pública (PT)
→ **Esperança Gago Alves Pereira** | PhD, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga. (PT) (Espec Enf. de Reabilitação) | Doutoramento Ciências de Enfermagem
→ **Fátima Martins** | Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem (PT)
→ **Fernanda Trindade Lopes** | PhD, Instituto Politécnico da Guarda (PT) (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica) | Doutoramento Comunicação e Sociopsicologia
→ **Fernando Pina** | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Médico-cirúrgica/Enf Reabilitação) | Mestrado em Enf. de Reabilitação
→ **Filipe Melo** | CHUA-Centro Hospitalar Universitário do Algarve. ABC-Algarve Biomedical Center. INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica (PT) Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica
→ **Graça Aparício** | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Tecnologias da Saúde
→ **Hugo Neves** | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)
→ **Hugo Santos** | MsD, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT)
→ **Irene Oliveira** | PhD, MNSc, RN, Instituto de Ciências da Saúde | Universidade Católica Portuguesa, Porto (PT)
→ **Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira** | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) (Espec Enf. Médico- cirúrgica) | Doutoramento em enfermagem



Presidente do Congresso

→ **Madalena Cunha** | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec. Enf. Saúde Infantil e Pediátrica) | Doutoramento em enfermagem

Comissão Organizadora

Direção Nacional ACEPS

→ **Madalena Cunha** • Presidente

→ **Carlos Albuquerque** • Vice-Presidente

Regiões:

ACEPS Angra do Heroísmo

→ **Rosa Godinho**

ACEPS Braga

→ **Céu Ameixinha**

→ **Céu Azeredo**

→ **Conceição Afonso**

→ **Margarida Veiga**

→ **Nazaré Faria**

ACEPS Coimbra

→ **Ana Dias**

→ **Carla Santos**

→ **Célia Mota**

→ **Margarida Matos**

→ **Marisa Simões**

→ **Miriam Simões**

ACEPS Évora

→ **João Mendes**

ACEPS Madeira

→ **Ana Natividade**

→ **Eugénia Pestana**

ACEPS Guarda

→ **Júlio Salvador**

→ **Matilde Cardoso**

→ **Fernanda Lopes**

→ **Conceição Logrado**

→ **Vítor Salomé**

ACEPS Leiria

→ **Fernanda Pedrosa**

ACEPS Lisboa

→ **Ana Paula Neves**

ACEPS Porto

→ **António Conde**

→ **Dalva Gomes**

ACEPS Viseu

→ **Rosa Martins**

→ **Adelino Rodrigues**

→ **Anabela Antunes**

→ **Margarida Carvalho**

Comissão Científica

→ **Ana Andrade** | Escola Superior de Saúde, IPV

→ **Ana Maria Jorge** | Escola Superior de Saúde, IP Guarda

→ **Ana Ribeiro** | Centro Hospitalar Tondela Viseu

→ **Andreia Costa** | Escola Supuerior Enfermagem Lisboa

→ **António Dias** | Escola Superior de Saúde, IPV

→ **António Oliveira** | ACES Douro Sul, Serviço de Urgência Básico Moimenta da Beira

→ **Ana Rocha** | Instituto Português de Oncologia, Coimbra

→ **Andreia Costa** | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

→ **Beatriz Araújo** | Universidade Católica Portuguesa

→ **Carla Cruz** | Escola Superior de Saúde, IPV

→ **Carlos Albuquerque** | Escola Superior de Saúde, IPV

→ **Eduardo Santos** | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

→ **Elisa Garcia** | Universidade Católica Portuguesa

→ **Emília Sarmento** | ACES Marão e Douro Norte- Unidade de Saúde Pública

→ **Isabel Videira** | MsD, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT) (Espec. Enf. Reabilitação)

→ **Joana Freitas** | PhD, Universidade do Algarve (PT) (Doutoramento em Psicologia)

→ **João Carvalho Duarte** | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Doutoramento em Saúde Mental

→ **João Mendes** | PhD, Universidade de Évora (PT) (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Doutoramento em Enfermagem

→ **Jorge Melo** | MSc, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT)

→ **Laura Alonso Martinez** | MSc, Universidad de Burgos (ES) (Nothumbria University) | MSc Psychology

→ **Liliana Oliveira** | Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu (PT)

→ **Luís Lisboa Santos** | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (PT) (História de Enfermagem) | Doutorado em Enfermagem

→ **Luísa Santos** | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, Madeira (PT) (Enfermagem; Mediação familiar) | Doutoramento em Enfermagem

→ **Manuela Frederico** | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra (PT)

→ **Márcia Pestana-Santos** | CHUC- Hospital Pediátrico de Coimbra (PT)

→ **Margarida Carvalho** | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec. Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)

→ **Margarida Reis Santos** | PhD, Escola Superior de Enfermagem do Porto (PT)

→ **Margarida Vieira** | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec. Enf. Saúde Infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Filosofia

→ **Maria de Fátima da Silva Vieira Martins** | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga (PT) (Espec. Enf. Saúde Materna e Obstétrica) | Doutoramento em Sociologia

→ **María José de Dios-Duarte** | PhD, Universidad de Valladolid (ES) Doctora por la Universidad Complutense de Madrid

→ **Mariana Monteiro** | Santa Casa Misericórdia, Seia (PT) Psicologia

→ **Marisa Lourenço** | PhD, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT) (Doutoramento em Enfermagem)

→ **Marta Macedo** | MSc, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, (PT) (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Mestrado em Enf. Médico-cirúrgica

→ **Mauro Coelho** | MSc, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Mestrado em Enf. Médico-cirúrgica

→ **Melodie Mota** | MSc, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (PT)

→ **Natália Machado** | PhD, Escola Superior de Enfermagem do Porto (PT) (Doutoramento em Enfermagem)

→ **Nélio Silva** | Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, Aveiro (PT)

→ **Nuno Loureiro** | CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT)

→ **Regina Maria Ferreira Pires** | PhD, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT) (Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ; Supervisão Clínica)

→ **Ricardo Loureiro** | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)

→ **Ricardo Melo** | Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (PT)

→ **Rui Macedo** | MSc, Centro Hospitalar Castelo Branco (PT) (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Mestrado em Enf. Médico-cirúrgica

→ **Sandra Queiroz** | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (PT) (Espec. Enf. Médico cirúrgica) | Doutoramento Ciências da Educação

→ **Sandrina Nunes** | Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (PT)

→ **Sérgio Deodato** | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) | Doutoramento enfermagem | Licenciatura em Direito

→ **Sofia Margarida Guedes de Campos Pires** | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec. Psicologia) | Psicologia

→ **Susana Marisa Loureiro Pais Batista** | PhD, Escola Superior de Saúde de Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec. Enf. Reabilitação) | Doutoramento em Ciências de Enfermagem

→ **Zaida Charepe** | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec. Enf. Saúde Infantil e Pediátrica) | Doutoramento em enfermagem



Editorial

. (2022).

. *Servir*, 2(ed espec nº1), e. <https://doi.org/10.48492/servir021e>

Editorial

→ *Esperança Pereira* | Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho
→ *Ermelinda Marques* | Escola Superior de Saúde, IP Guarda
→ *Fátima Martins* | Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho
→ *Fernanda Lopes* | Escola Superior de Saúde, IP Guarda
→ *Fernando Pina* | Centro Hospitalar Tondela Viseu
→ *Fernando Sousa* | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
→ *Hermínia Barbosa* | Diretora da Escola Superior de Saúde, IP Guarda
→ *João Mendes* | Universidade de Évora, (Jubilado)
→ *Luís Condeço* | Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda
→ *Madalena Cunha* | Escola Superior de Saúde, IPV
→ *Manuela Ferreira* | Escola Superior de Saúde, IPV
→ *Manuela Frederico* | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
→ *Margarida Vieira* | Universidade Católica Portuguesa
→ *Margarida Reis-Santos* | Escola Superior de Enfermagem, Porto
→ *Mauro Mota* | ULSG; Escola Superior de Saúde, IPV
→ *Nélia Faria* | Unidade Local de Saúde da Guarda
→ *Olivério Ribeiro* | Escola Superior de Saúde, IPV
→ *Paula Nelas* | Escola Superior de Saúde, IPV
→ *Regina Pires* | Escola Superior de Enfermagem do Porto
→ *Rosa Martins* | Escola Superior de Saúde, IPV
→ *Sérgio Deodato* | Universidade Católica Portuguesa
→ *Sónia Rodrigues* | Escola Supuerior Enfermagem Lisboa
→ *Susana Batista* | Escola Superior de Saúde, IPV
→ *Verónica Coutinho* | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
→ *Zaida Charepe* | Universidade Católica Portuguesa

Comissão Científica Internacional

→ *Ana Cristina Mancussi Faro* | Universidade de São Paulo, Brasil
→ *Anne de Brito* | Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon, França
→ *Camuccio Carlo Alberto* | University of Padua, Itália
→ *Christophe Dubout* | Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon, França
→ *Cristina Lozano Ochoa* | Universidad de La Rioja, Espanha
→ *Elena Olea Fraile* | Universidad de Valladolid, Espanha
→ *Emília Campos de Carvalho* | Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil
→ *Elma Zoboli* | Universidade de São Paulo, Brasil
→ *Francisco Janvier Castro-Molina* | Universidad de La Laguna, Espanha
→ *Helena Reche* | Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil
→ *Jesús Puente Alcaraz* | Universidad de Burgos, Espanha
→ *Juan Miguel Martínez Galiano* | Universidad de Jáen, Espanha
→ *Laura Alonso Martínez* | Universidad de Burgos, Espanha
→ *Luís Saboga Nunes* | Institute of Sociology University of Education Freiburg, Germany
→ *María José de Dios-Duarte* | Universidad de Valladolid, Espanha



Editorial

. (2022).

. *Servir*, 2(ed espec nº1), e. <https://doi.org/10.48492/servir021e>

Editorial



Editorial

(2022).

. *Servir*, 2(ed espec nº1), e28913. <https://doi.org/10.48492/servir021e>

Editorial



Sumário | Summary | Resumen

COMUNICAÇÕES PLENÁRIAS

COMPAIXÃO, UM DOS PILARES DA ENFERMAGEM	20
LITERACIA EM SAÚDE DIGITAL	22
DIGNIDADE NO FIM DE VIDA	27
MEDIDAS DE CONFORTO NO DOENTE CRÍTICO VÍTIMA DE TRAUMA	28

COMUNICAÇÕES ORAIS

33 DIGNIDADE, ESPERANÇA, ESPIRITUALIDADE, COMPAIXÃO, HUMANIZAÇÃO/HUMANITUDE, NOS CUIDADOS DE SAÚDE	
AS NECESSIDADES DA COMUNIDADE SURDA NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO A ENFERMAGEM TRANSCULTURAL	34
DELÍRIO OU SONHOS E VISÕES? A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA EM FIM DE VIDA	35

37 EDUCAÇÃO

LITERACIA EM SAÚDE

FATORES QUE INTERFEREM NA HIGIENE DO SONO EM CRIANÇAS	38
DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL NO PROCESSO DE ALTA PARA O DOMICÍLIO	39
EMPODERAR A GRÁVIDA/CASAL PARA A AMAMENTAÇÃO/ALEITAMENTO MATERNO	40
VACINAÇÃO EXTRA-PNV: A REALIDADE DE UMA USF	41
PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE E OBESIDADE INFANTIL: EXPERIÊNCIA PEDAGÓGICA ATRAVÉS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	42

43 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

A FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE SAÚDE PÚBLICA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA (1958-1968)	44
---	----

45 INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

PERCEÇÕES DE FELICIDADE E FATORES INFLUENCIADORES: UM ESTUDO QUALITATIVO COM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM	46
FELICIDADE SUBJETIVA EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO	47
FRAGILIDADE E SUPORTE SOCIAL: UM ESTUDO RETROSPETIVO DOS IDOSOS ADMITIDOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	48
ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE: QUE BARREIRAS PARA UMA PESSOA PORTADORA DE SURDEZ?	49
IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES ENURSING: A PERCEÇÃO DAS PESSOAS COM ARTRITE REUMATÓIDE	50
PERFIL DO UTILIZADOR, NÃO URGENTE, COM 80 E MAIS ANOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	51
FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SUPERIOR E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES APÓS MASTECTOMIA/RADIOTERAPIA	52



Autores | Authors | Autores

53 PRESTAÇÃO E GESTÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

APLICABILIDADE DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	54
QUALIDADE DE VIDA E APTIDÃO FÍSICA DA PESSOA COM PATOLOGIA CARDÍACA: IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FASE III	55
PREVENÇÃO E GESTÃO DA HIPOTERMIA ASSOCIADA AO TRAUMA	56
DA GRAVIDEZ AO PUERPÉRIO: AGENDAR PARA FACILITAR	57
ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PERANTE O SARS-COV-2	58
PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE INTERNAMENTO SOBRE SÉPSIS E CHOQUE SÉTICO	59

61 QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA SEGURANÇA DA PESSOA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW	62
LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GOVERNAÇÃO HOSPITALAR	63
OVERLOAD OF THE INFORMAL CAREGIVER OF THE PERSON WITH AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS	64
SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL DOS CUIDADORES INFORMAIS:	
O QUE NOS DIZEM AS EVIDÊNCIAS	65
CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS INTENSIVOS	66
OMISSÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE URGÊNCIA	67
BENEFÍCIO DO EXERCÍCIO FÍSICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA	68

PÓSTERES

71 DIGNIDADE, ESPERANÇA, ESPIRITUALIDADE, COMPAIXÃO, HUMANIZAÇÃO/HUMANITUDE, NOS CUIDADOS DE SAÚDE	
O RESPEITO PELA DIGNIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	72
O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO HUMANO E COMPARTILHADO EM CUIDADOS INTENSIVOS	73
PAPEL DO ENFERMEIRO NA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS: A NOSSA EXPERIÊNCIA ENQUANTO MEDICINA A	74
HUMANIZAÇÃO/HUMANITUDE NO CUIDAR EM ONCOLOGIA	75
“AGORA SEI QUE ESTOU VIVA...”	76
IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA ENQUANTO AGENTE FACILITADOR DA COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	77

79 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

ENFERMAGEM E SEUS METAPARADIGMAS	80
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS	81
PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	82

83 QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

ESCLARECER A GRÁVIDA/CASAL ACERCA DO TRABALHO DE PARTO E PARTO	84
PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA HUMANIZAÇÃO DE CUIDADOS	85

A

Alexandra Esteves,	46, 47
Ana Almeida Ribeiro,	50
Anabela Oliveira,	76
Anabela Palaio,	72
Ana Catarina Rocha Santos,	52
Ana Filipa Carvalho,	41, 57, 65
Ana Isabel Andrade,	41, 57, 65
Analisa Candeias,	46, 47
Ana Paula Fernandes das Neves,	42
Ana Rita Batista,	68, 85
Ana Rita Ferreira,	81

Papel do Enfermeiro na Reabilitação	André Filipe Cardoso Páscoa,	56
Humanização de Cuidados	Andréa Filipa de Almeida Sequeira,	52
	Andreia Raquel Moreira Rodrigues,	66
	Ângela Simões,	35, 48
	António Madureira Dias,	58, 59, 66
	António Oliveira,	41

B

Bárbara Maduro,	54
Barbara Vidal,	81
Beatriz Araújo,	63
Beatriz Quintal,	34
Brigite Agostinho,	75
Bruno Morgado Ferreira,	50

C

Carla Andrade,	84
Carla Isabel da Silva Correia,	62
Carlos Albuquerque,	52, 55, 58, 62
Carlos Pontinha,	68, 85
Cátia Marques,	34
Celina Ferreira Amaral,	59
Cláudia Monteiro,	40
Cristina Martins,	46, 47
Cristina Teixeira,	80

D

Deolinda Fróis,	84
Diana Neto,	82
Dina Santos,	41

E

Elisa Garcia,	44
Élvio Jesus,	63
Emília Sarmento,	27

Ermelinda Marques,	49
--------------------	----

F

Fátima Coelho,	75
Fernando Ferreira Pina,	51
Fernando Petronilho,	46, 47
Filomena Gaspar,	67

G

Guida Martins,	80
----------------	----

H

Helena Cabral,	74
Henriqueta Figueiredo,	49

I

Inês Sabalo,	34
Isabel Bica,	58
Isabel Cardoso,	72
Isabel Martins,	57

J

Joana Abobeira,	55
Joana Baía,	49
Joana Costa,	82
Joana Guiomar,	80
João Miguel Rodrigues,	77
Jorge Fonseca,	74
José Amendoeira,	44
José Monteiro,	68, 85
Julia Fernandes,	72

L

Laura Martins,	82
Leonor Rodrigues,	40
Lília Marta,	55
Liliana Figueiredo,	81
Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues,	65
Liliana Veloso Chaves,	22
Luís Condeço,	20, 64, 81
Luís Henrique Magalhães,	34

M

Madalena Cunha,	50, 51, 67
Magda Guerra,	38, 39, 63, 64, 80
Manuela Bento,	40
Manuela Pereira,	75

Márcia Ferreira,	57
Margarida Marta,	82
Maria Adriana Henriques,	50, 62
Maria Fernandes Matos Albernaz,	65
Maria João Silva,	34
Maria Julia Carneiro Fernandes,	73
Maria Odete Amaral,	38, 39
Marília Santos Lima,	41
Marina Paraíso,	80
Mauro Coelho,	64, 67
Mauro Mota,	28
Miguel Martins,	81

N

Nazaré Faria,	27
Nuno Ferreira,	40, 64, 84

O

Olivério Ribeiro,	51
-------------------	----

P

Paula Encarnação,	46, 47
Paula Nogueira,	27
Paula Santos,	74
Paulo Jorge de Almeida Pereira,	51

R

Raquel Pimentel,	75
Ricardo Florentim,	64, 82
Rita Andrade,	41
Rita Grave,	72, 76
Rui Alexandre Pinto,	38
Rute Sofia Barros Monteiro,	52

S

Sara Rua,	72, 76
Sílvia Nogueira,	55
Sílvia Santos,	54
Sofia Ramos,	74
Susana Pina,	75

T

Tânia Alexandra Loureiro Marques,	38, 39
Tânia Figueiredo,	57
Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima,	38, 39



**COMUNICAÇÕES
PLENÁRIAS**

COMPAIXÃO, UM DOS PILARES DA ENFERMAGEM

Luís Condeço¹

¹Escola Superior de Saúde de Viseu- IPV; Instituto de Ciências da Saúde- UCP / CIIS

Introdução: Na cultura ocidental a compaixão foi-se revelando ao longo história como um dos atributos daqueles que cuidam dos enfermos, atribuindo-se-lhe um cariz religioso que foi perdurando durante séculos (Straughair, 2012), muito à custa do trabalho realizado pelas ordens religiosas e dos seus ideais filosóficos cristãos – “trata sempre os outros como querias que te tratassem a ti” (Armstrong, 2011). No século XIX, Nightingale assumia a Enfermeira como a mulher devota e religiosa, a quem foi confiado o maior presente de Deus – a vida humana, e entendia as “atuações das enfermeiras” como atos de compaixão, aliviando o sofrimento dos doentes (Straughair, 2012). Nas últimas décadas, vários autores têm conceptualizado a compaixão, contudo hoje é unânime que nem sempre é claro como o seu conceito é entendido (Raustøl & Tveit, 2023). De tal modo, que o National Health Service define a compaixão como, a forma de prestação de cuidados baseados em uma relação de empatia, respeito e dignidade (Papadopoulos & Ali, 2016), e Gilbert et al. (2017) vê-a como a “sensibilidade ao sofrimento em si e nos outros, com o compromisso de tentar aliviá-lo e evitá-lo”. Por outro lado, surge na literatura mais recente, o cuidado compassivo como um dos atributos do cuidar, juntamente com a empatia, a simpatia e a humanização (Von Dietze & Orb, 2000), havendo inclusive alguns autores (Percy & Richardson, 2018) que consideram a Compaixão como um dos três pilares fundamentais da enfermagem, a par do Cuidado e da Empatia. Se recuarmos a alguns anos atrás, percebemos que é Simone Roach (2002) e a sua Teoria do Cuidar (Nursing: a world of caring, 1992) focada no conceito dos 6 C’s (compassion, competence, confidence, conscience, commitment, comportment), que dá visibilidade ao conceito de compaixão na comunidade científica de enfermagem (Marçal, 1994). Merecendo especial destaque no espaço europeu, após a publicação do Francis Report (2013) e das suas 290 recomendações, exigindo aos responsáveis governamentais a implementação de medidas na formação de prestadores de cuidados de saúde que contribuam para um serviço de saúde mais: seguro, comprometido, compassivo e atencioso; e na contratação de novos enfermeiros baseada nas suas atitudes, valores e comportamentos promotores de cuidado compassivo. A discussão em torno da compaixão, do cuidado compassivo e do ensino de enfermagem não tem tido o devido foco, uma vez que tanto este debate como o processo pedagógico do ensino do cuidado compassivo deveria ser mais desenvolvido, pois são potenciadores da prestação de cuidados de excelência (Durkin, Gurbutt & Carson, 2018). Contudo, alguns autores apontam como principais necessidades educativas dos estudantes de enfermagem: as habilidades de comunicação para desafiar a prática compassiva, e capacidades para lidar compassivamente com situações altamente emocionais (Adam & Taylor, 2014). E mais recentemente Raustøl & Tveit (2023), afirmam que ser compassivo é intrínseco à identidade profissional dos enfermeiros, e quando os estudantes experienciam compaixão desenvolvem uma reflexão mais profunda sobre que conhecimento teórico-prático possuem, como se devem relacionar com os pacientes, e permite-lhes encontrar o verdadeiro foco do seu exercício profissional. Em Portugal os estudos realizados no âmbito do cuidado compassivo são escassos, salientando-se como referência o trabalho levado a cabo em 1994 pela Professora Teresa Marçal sobre a dimensão ética do cuidar. Já no século XXI os outros trabalhos desenvolvidos em território nacional utilizaram o método de análise conceptual de Walker e Avant, e a análise de conteúdo de Bardin (Nunes, 2015), para conceptualizar a compaixão na enfermagem segundo três grandes atributos: “ter sentimentos” – pois o enfermeiro é um ser humano que cuida e sente; “estabelecer uma relação de ajuda” – além de compreender as necessidades do doente, está presente, é empático e sabe respeitar o seu paciente, mas acima de tudo é sensível ao sofrimento; “fazer algo pelo outro” – ajuda a aliviar o sofrimento, proporcionando condições de bem-estar e promovendo a qualidade de vida (Nunes, 2015).

Objetivos: Definir compaixão e cuidado compassivo; Refletir sobre a importância da compaixão no cuidado com dignidade; Indicar a relevância da compaixão na construção do futuro enfermeiro.

Material e Métodos: Abordagem conceptual e histórica da compaixão e do cuidado compassivo, no desenvolvimento da profissão de enfermagem, e valorização do seu construto. Após revisão bibliográfica, apresentam-se instrumentos de mensuração da compaixão, das ações e atributos compassivos, relevando a sua importância para o ensino da Enfermagem. Apresentaçãu de alguns dados relativos ao percurso formativo e de investigação, no âmbito do curso de doutoramento em enfermagem sobre o desenvolvimento da compaixão na formação inicial em enfermagem. Abordagem histórica e conceptual de compaixão e cuidado compassivo.

Resultados: No decurso do curso de doutoramento, está a decorrer uma investigação que procura responder à questão de investigação: Qual a compaixão, atributos e ações compassivas dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem e dos professores da área científica de enfermagem? Através de um estudo descritivo-exploratório e correlacional, onde se procurou inquirir a população-alvo (39 escolas de enfermagem portuguesas), e onde se vai mensurar a compaixão, atributos e ações compassivas dos inquiridos neste estudo nacional. No ano letivo 2021/2022, encontravam-se matriculados em Portugal 13.911 estudantes no curso de licenciatura em enfermagem (DGEEC, 2022), e no estudo referido participaram 7,28% da população, distribuídos homogeneamente pelos quatro anos de curso, já nos professores e considerando dados da DGEEC de 2018/2019, participaram no estudo 49,4% da população. Relativamente aos estudantes que foram inquiridos, 89% não tinha frequentado qualquer formação sobre compaixão no período pré-licenciatura, e 30,2% dos estudantes que participaram no estudo (dos quatro anos curriculares) tiveram formação sobre compaixão ou cuidado compassivo. Quanto ao conhecimento sobre compaixão dos participantes nesta investigação, obtiveram-se os valores mais elevados entre o conhecimento razoável e muito bom, tanto para professores (20,2%) como para estudantes (26,1%).

Conclusões: Estudar a compaixão nas escolas de enfermagem portuguesas, com os estudantes e professores de enfermagem portugueses constitui uma mais valia para se traçar um perfil compassivo do meio académico, contribuindo para uma possível adequação futura dos currículos escolares.

BIBLIOGRAFIA:

1. Straughair, C. (2012). Exploring compassion: implications for contemporary nursing. Part 2. British Journal of Nursing, 21 (4), 239–244. Doi: 10.12968/bjon.2012.21.4.239
2. Armstrong, K. (2011). Doze passos para uma vida compassiva. Círculo de Leitores: Temas e Debates.
3. Raustøl, A., & Tveit, B. (2023). Compassion, emotions and cognition: Implications for nursing education. Nursing ethics, 30(1), 145-154. Doi:10.1177/09697330221128903
4. Papadopoulos, I., & Ali, S. (2016). Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: an integrative review. Nurse Education in Practice, 16 (1), 133–139. Doi: 10.1016/j.nepr.2015.08.001
5. Gilbert, P. et al. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. Journal of Compassionate Health Care,4(4), 1-24. Doi: 10.1186/s40639-017-0033-3
6. Von Dietze, E. & Orb, A. (2000). Compassionate care: a moral dimension of nursing. Nursing Inquiry, 73, 166–174. Doi: 10.1046/j.1440-1800.2000.00065.x
7. Percy, M., & Richardson, C. (2018). Introducing nursing practice to student nurses: How can we promote care compassion and empathy. Nurse Education in Practice, 29, 200-205. Doi: 10.1016/j.nepr.2018.01.008
8. Roach, M. S. (2002). Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professions (2nd Rev. Ed.). Ottawa, Canada: Canadian Healthcare Association Press.
9. Marçal, M.T. (1994). A compaixão: uma dimensão ética do cuidar em enfermagem (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
10. Francis, R. (2013). Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust: Public Inquiry. London: The Stationery Office.
11. Durkin, M., Gurbutt, R., & Carson, J. (2018). Qualities, teaching, and measurement of compassion in nursing: A systematic review. Nurse Education Today, 63, 50–58.
12. Adam, D., & Taylor, R. (2014). Compassionate care: empowering students through nurse education. Nurse Education Today, 34 (9), 1242–1245. Doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.011
13. Nunes, C.S. (2015). A compaixão dos enfermeiros perante a criança e sua família, em cuidados paliativos (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
14. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (2022). Vagas e inscritos 2021/2022. Lisboa. <https://www.dgeec.mec.pt/np4/EstatVagasInsc/>

LITERACIA EM SAÚDE DIGITAL

Liliana Veloso Chaves¹

¹Escola Superior de Saúde de Viseu- IPV; Instituto de Ciências da Saúde- UCP / CIIS

A saúde deve ser assumida como uma responsabilidade partilhada entre todos, e um ato de cidadania. Para que os cidadãos consigam uma participação plena nos assuntos em matéria de saúde, é essencial que possuam um bom nível de Literacia em Saúde. A transformação digital, que hoje se vivencia no âmbito da saúde, exige que os profissionais de saúde estejam despertos para o conceito de Literacia em Saúde Digital e trabalhem em parceria com os utentes no sentido de aumentar os seus níveis de conhecimento e, conseqüentemente, a sua capacidade de tomada de decisões em matéria de saúde.

Palavras-chaves: literacia; digital; saúde.

A Literacia diz respeito à capacidade que cada pessoa tem de compreender, processar, assimilar e aplicar a informação à qual tem acesso, o que permite desenvolver competências e aptidões. A Literacia em Saúde, por sua vez, é entendida como determinante, mediadora e moderadora da saúde, constituindo uma das portas de entrada da população no acesso à melhoria da saúde (Arriaga et al., 2021; Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a Literacia em Saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, a fim de promover e manter uma boa saúde. O conhecimento, a motivação e as competências das pessoas são essenciais para a boa compreensão da informação (Arriaga et al., 2021).

A Literacia em Saúde pode ser subdividida em:

Funcional – capacidade para obter informação sobre a utilização de serviços e riscos de saúde (Vaz de Almeida, 2018).

Interativa – o que concerne o desenvolvimento das capacidades pessoais para potenciar uma ação independente, pelo indivíduo, proporcionando a motivação e a autoconfiança em aspetos relacionados com a saúde (Vaz de Almeida, 2018).

Crítica – que permite aumentar a influência e o poder do indivíduo nas mudanças que proporcionam melhorias na saúde, através do conhecimento adquirido dos determinantes da saúde (Vaz de Almeida, 2018).

Por conseguinte, a Literacia em Saúde vai mais além do que a simples Literacia, pois, tal como refere Vaz de Almeida (2018), esta implica mais competências e variáveis; nomeadamente, a capacidade para seguir instruções; saber analisar e dar informação; assumir e tomar decisões acertadas em saúde.

Nos dias de hoje, tendo em consideração a sociedade do conhecimento em que estamos inseridos e a transformação digital acelerada que temos vivenciado, colocam-se novos desafios ao papel de educador para a saúde dos profissionais de saúde, até porque cada vez mais as pessoas têm uma atitude questionadora e crítica, pretendendo-se uma participação mais ativa no processo de aprendizagem e no estabelecimento de objetivos em matéria de saúde (Vaz de Almeida, 2019).

Neste âmbito, a comunicação entre profissionais de saúde e utentes é muito importante pois a linguagem tem necessariamente de ser clara, baseada em evidência, os conteúdos têm de ser personalizados, consistentes, recordáveis, compreensíveis e creíveis (Vaz de Almeida, 2018).

Vaz de Almeida (2019) refere que A melhoria da comunicação com a pessoa irá contribuir para melhorar a adesão e, por conseguinte, a obtenção de mudanças comportamentais desejadas.

Vaz de Almeida (2018) desenvolveu um instrumento para melhorar a comunicação entre o profissional e o utente, concretamente, o Modelo ACP– Assertividade, Clareza da linguagem e Positividade.

- A assertividade permite comunicar diretamente, sem medo, sem arrogância, dizendo o que se precisa de dizer de uma forma franca, clara, transparente. Pressupõe reconhecer que há «o outro»: reconhecimento dos seus direitos e dos direitos dos outros; controlo dos impulsos individuais; saber dizer «não»; uma melhor gestão de conflitos; um compromisso na relação; o respeito pelo outro.
- A clareza da linguagem simples é aquela que é entendida à primeira, onde se utilizam mais verbos, onde o jargão técnico é traduzido numa linguagem simples permitindo uma melhor compreensão da mensagem. Está ainda associado à clareza, à entoação, à linguagem direta, às palavras simples, ao método teach back e às instruções claras.
- Quanto à positividade, a instrução/orientação em saúde deve permitir que o paciente saiba qual a ação positiva que deve desenvolver para poder ter mais saúde/tomar decisões em saúde. Pergunta-chave a fazer: Qual o comportamento positivo que eu quero que o meu paciente faça ou tenha? O cérebro prefere ver a «ação». Se a ação é dita/proferida pela negativa não se percebe qual a ação que é pretendida (Vaz de Almeida, 2018).

Os baixos níveis de Literacia em Saúde estão relacionados com um maior número de internamentos e com uma utilização mais frequente dos serviços de urgência e, também, com uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, levando a uma diminuição da qualidade de vida.

Por conseguinte, a Literacia em Saúde constitui uma ferramenta essencial para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pelo que tem sido uma das prioridades da Direção Geral de Saúde, do qual é exemplo o Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019-2021 (Vaz de Almeida, 2019).

O Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019-2021, pretende definir uma abordagem ao longo do ciclo de vida, intergeracional, promovendo as escolhas informadas dos cidadãos (Lopes & Almeida, 2019).

Isto é particularmente relevante se tivermos em consideração que de acordo com a DGS (2019), cinco em cada dez pessoas da população portuguesa têm níveis reduzidos de Literacia em Saúde. E os grupos mais vulneráveis para níveis de literacia considerados limitados, problemáticos ou inadequados são:

- Pessoas com sessenta e cinco ou mais anos
- Com baixos níveis de escolaridade
- Com rendimentos até quinhentos euros mensais
- Com doenças crónicas
- Com uma auto-percepção de saúde “má”
- Que frequentaram, no último ano, seis ou mais vezes, os cuidados de saúde primários
- Que se sentem limitados por terem alguma doença crónica (DGS, 2019)

Os erros mais comuns que conduzem a uma baixa literacia em saúde são:

- Falta de compreensão dos conteúdos
- Confusão no entendimento do significado das palavras
- Medicamentos, embalagens ou produtos com nomes semelhantes ou muito técnicos
- Incompreensão das orientações dadas
- Utilização de produtos não monitorizada (Vaz de Almeida, 2018).

Hoje é consensual que vivemos numa sociedade de informação, dominada pelo uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) (Netto, Andrade, & Vieira, 2022). Na verdade, as tecnologias sem fios permitem resolver problemas de acesso geográfico, facilitam intervenções e reduzem os seus custos e ajudam a aumentar a sensibilização do público para a abordagem dos problemas de saúde e promoção de estilos de vida saudáveis, contribuindo para o empowerment dos utentes (Rachmani, Haikal, & Rimawati, 2022).

Contudo, existe uma grande dualidade na divulgação de informação sobre saúde nos ambientes virtuais, porque enquanto as informações de qualidade podem influenciar positivamente a vida dos cidadãos e, conseqüentemente, podem contribuir para reduzir os custos dos sistemas de saúde, as informações incorretas, incompreensíveis ou mesmo desatualizadas podem prejudicar a saúde dos cidadãos (Netto et al., 2022).

Assim, torna-se necessário realizar iniciativas de inclusão digital, divulgação científica, e educação que minimizem os efeitos potencialmente deletérios da desinformação (Netto et al., 2022).

Isto remete-nos para o conceito de Literacia Digital que é descrita como “a capacidade de usar informações e tecnologias de comunicação para encontrar, avaliar, criar e comunicar informações, o que exige habilidades cognitivas e técnicas” (van Kessel, Wong, Clemens, & Brand, 2022).

Compreende-se assim que a Literacia Digital se tem configurado como um pré-requisito fundamental para participar significativamente na sociedade moderna (van Kessel et al., 2022).

Isto foi ainda mais evidente perante o desafio da pandemia de Covid-19. Durante esta pandemia ocorreu um fenómeno de infodemia resultante de ansiedade, medo, depressão, e pensamento irracional não só porque o conhecimento científico sobre a COVID-19 era escasso, mas, também, porque ocorreu um compartilhamento massivo de informações através dos meios sociais e da internet (Rachmani et al., 2022) (Choukou et al., 2022).

A Infodemia define-se como uma superabundância de informações- algumas precisas e outras não- e isso torna difícil às pessoas encontrarem fontes confiáveis (Rachmani et al., 2022), o que é muito pernicioso para as tomadas de decisão em matéria de saúde dos indivíduos.

Isto pode ser reduzido através da literacia em saúde, sobretudo a Literacia em saúde digital (Rachmani et al., 2022), tendo sido, inclusivamente, denominada de “Vacina Social” no decurso da pandemia de COVID-19 (van Kessel et al., 2022).

Isto está em consonância com os resultados obtidos no estudo bibliométrico de Yang, Hu, & Qi (2022), através do qual concluíram que a Literacia em saúde digital tem um potencial significativo para melhorar os resultados de saúde, eliminar a exclusão digital e reduzir as desigualdades em saúde.

A Literacia em Saúde Digital, é fundamental para uma análise crítica e tomadas de decisão responsáveis em matéria de saúde. De um modo simples, poderia afirmar-se que a Literacia em saúde digital é a convergência de literacia digital e literacia em saúde, mas acredita-se que a relação entre Literacia em saúde, Literacia Digital e Literacia em saúde digital é bastante mais complexa e multidimensional, sendo que cada domínio de competência da Literacia digital e da Literacia em saúde pode afetar um ou mais domínios de competência da Literacia em saúde digital (van Kessel et al., 2022).

Essas competências são cruciais porque a internet democratizou o acesso às informações de saúde. Isso é essencial para capacitar os indivíduos de forma a serem capazes de entender e usar essas informações de forma prática para que a internet seja um recurso de apoio em questões de saúde e não uma fonte de desigualdades no acesso à informação (Rachmani et al., 2022).

A Literacia em Saúde Digital pode ajudar a melhorar a prevenção e a adesão a um estilo de vida saudável, melhorar a capacitação e permitir que as pessoas aproveitem ao máximo as opções disponíveis, fortalecendo o envolvimento da pessoa nas decisões de saúde e empowerment e, finalmente, melhorar os resultados de saúde (Choukou et al., 2022).

O modelo transacional de Literacia Digital em Saúde proposto por Paige et al. (2018) descreve quatro níveis de competência:

- (1) Funcional: usar dispositivos tecnológicos e ter a capacidade de ler e escrever com sucesso sobre saúde;
- (2) Comunicativo: a capacidade de controlar, adaptar e colaborar em termos de comunicação sobre saúde com outras pessoas em redes sociais online;
- (3) Crítico: a capacidade de avaliar a relevância, confiabilidade e riscos de compartilhar e receber informações relacionadas com a saúde em ambiente digital (por exemplo via internet).
- (4) Translacional: a capacidade de aplicar informações relacionadas com saúde obtida em ambiente digital (por exemplo via internet) em diferentes contextos.

A Literacia digital em saúde e a conectividade com a Internet foram recentemente reconhecidos como “superdeterminantes sociais da saúde” na medida em que têm implicações para os determinantes sociais mais amplos da saúde (Sieck et al., 2021).

Vaz de Almeida (2019) salienta que é muito importante ter em consideração que nem toda a população está familiarizada com o mundo digital. Embora muitas pessoas usem meios digitais para gerir a sua saúde, há também grupos de pessoas idosas, vulneráveis ou de origens socioeconómicas desfavorecidas que não usam esses meios por terem acesso limitado aos mesmos, ou por terem baixos níveis de Literacia em Saúde Digital.

Assim, para Vaz de Almeida (2019), a fim de promover a Literacia em Saúde Digital como um meio para melhorar a saúde de todos, importa considerar a implementação de um conjunto de recomendações:

1. Aumentar a conscientização sobre Literacia em Saúde Digital, promovendo a capacitação dos Profissionais de Saúde nesta área;
2. Incluir a cocriação, com cidadãos de diferentes origens, de diretrizes para o desenho, implementação e avaliação de soluções de saúde digital;
3. Proporcionar uma abordagem que permita que as soluções digitais de saúde inclusivas sejam amplamente utilizadas;
4. Criar ferramentas de eSaúde eficazes, confiáveis e fáceis de usar;
5. Promover a cidadania tecnológica e a Literacia em Saúde Digital crítica durante o percurso de vida.

Conclusão

Tendo em consideração o contexto pós-pandémico que vivenciamos, que deve servir de aprendizagem para todos os profissionais de saúde, ressalta-se a importância de investir nesta área da Literacia em Saúde e, concretamente, na Literacia em Saúde Digital, aproveitando os recursos que foram criados e ampliados durante a pandemia por COVID-19.

Conflito de Interesses

Não há conflitos de interesse a declarar.

Agradecimentos e Financiamento

Agradeço à ACEPS e à comissão organizadora do 3º Congresso Internacional/5º Congresso da ACEPS.

Referências bibliográficas

Arriaga, M., Santos, B., Costa, A., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., . . . Freitas, G. (2021). NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE LEVELS OF HEALTH LITERACY.

Choukou, M. A., Sanchez-Ramirez, D. C., Pol, M., Uddin, M., Monnin, C., & Syed-Abdul, S. (2022). COVID-19 infodemic and digital health literacy in vulnerable populations: A scoping review. Digit Health, 8, 20552076221076927. doi:10.1177/20552076221076927

DGS. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021.

Lopes, C., & Almeida, C. V. d. (2019). Literacia em Saude na prática

Netto, J., Andrade, Z., & Vieira, M. (2022). Inclusão digital e literacia em saúde: uma experiência educativa em tempos de pandemia do Covid-19. Research Society and Development, 11, 1. doi:10.33448/rsd-v11i3.26415

Paige, S. R., Stellefson, M., Krieger, J. L., Anderson-Lewis, C., Cheong, J., & Stopka, C. (2018). Proposing a Transactional Model of eHealth Literacy: Concept Analysis. J Med Internet Res, 20(10), e10175. doi:10.2196/10175

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34(3), 259-275. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Rachmani, E., Haikal, H., & Rimawati, E. (2022). Development and validation of digital health literacy competencies for citizens (DHLC), an instrument for measuring digital health literacy in the community. Comput Methods Programs Biomed Update, 2, 100082. doi:10.1016/j.cmpbup.2022.100082

Sieck, C. J., Sheon, A., Ancker, J. S., Castek, J., Callahan, B., & Siefer, A. (2021). Digital inclusion as a social determinant of health. npj Digital Medicine, 4(1), 52. doi:10.1038/s41746-021-00413-8

van Kessel, R., Wong, B. L. H., Clemens, T., & Brand, H. (2022). Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts. Internet Interv, 27, 100500. doi:10.1016/j.invent.2022.100500

Vaz de Almeida, C. (2018). A importância da linguagem para a melhoria da literacia em saúde The importance of language for the improvement of health literacy.

Vaz de Almeida, C. (2019). CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MANUAL DE BOAS PRÁTICAS LITERACIA EM SAÚDE REPÚBLICA PORTUGUESA.

Yang, K., Hu, Y., & Qi, H. (2022). Digital Health Literacy: Bibliometric Analysis. J Med Internet Res, 24(7), e35816. doi:10.2196/35816

DIGNIDADE NO FIM DE VIDA

Emília Sarmento¹
Nazaré Faria²
Paula Nogueira²

¹ACeS Douro Norte

²Hospital de Braga

A dignidade no fim de vida é um tema de grande importância no cuidado em saúde. Desde Kant (1785), a noção de dignidade tem sido amplamente discutida em diversas áreas, incluindo a medicina. A partir de 1990, surgiram estudos sobre a importância da dignidade para a pessoa com doença incurável, que muitas vezes se sente desvalorizada e impotente perante a sua condição de fragilidade e vulnerabilidade.

Conforme afirmado por Macedo (2002), não é a morte que é digna, mas a pessoa que é portadora de uma dignidade intrínseca que é merecedora de um fim de vida digno. É fundamental entender que a morte é uma parte natural do ciclo da vida, por isso, deve ser abordada com respeito e atenção às necessidades e desejos da pessoa doente. A finitude da vida deve ser compreendida e respeitada, para que o cuidado em fim de vida seja prestado de forma integral, considerando a saúde física, emocional e espiritual da pessoa.

Nesse sentido, as diretivas antecipadas de vontade (DAV) são instrumentos que permitem à pessoa expressar as suas vontades em relação ao tratamento médico que deseja ou não receber, caso fique incapaz de as manifestar. Dessa forma, é garantido o respeito à autonomia do doente, e as suas decisões são consideradas mesmo em momentos em que ele não pode expressá-las.

A promoção da dignidade humana é um alicerce para a relação terapêutica entre quem cuida e quem é cuidado, e deve ser respeitada em todas as circunstâncias. A Terapia da Dignidade, desenvolvida por Chochinov, em finais do século XX, é uma abordagem que se concentra na preservação e promoção da dignidade dos doentes com doenças graves e terminais, auxiliando-os a encontrar um sentido de propósito e significado para as suas vidas, mesmo diante de circunstâncias difíceis e dolorosas.

Em Portugal, esta terapia ganha relevo com Miguel Julião, com enfoque na construção de uma narrativa de vida individual e singular. Esta abordagem enfatiza a importância da autonomia e da liberdade, reconhecendo também a importância do cuidado e do apoio emocional para ajudar os doentes a lidar com as dificuldades da sua condição clínica.

Neste processo, é essencial que haja uma comunicação clara e honesta entre o doente, a família e a equipa de saúde, para que sejam respeitados os desejos e valores da pessoa em fim de vida.

Em conclusão, é nosso dever, como profissionais de saúde, garantir que todos os doentes sejam cuidados com respeito, dignidade, humanidade, compaixão e singularidade, independentemente das circunstâncias em que se encontram. A promoção da dignidade no fim de vida deve ser uma prioridade no cuidado em saúde, e é essencial que todos os profissionais envolvidos estejam comprometidos com essa causa.

MEDIDAS DE CONFORTO NO DOENTE CRÍTICO VÍTIMA DE TRAUMA

Mauro Mota¹

¹Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal; CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal; Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal; Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

Introdução: A pessoa em situação crítica é a pessoa que apresenta falência ou eminência de falência de funções vitais e a sua sobrevivência carece de uma vigilância, de uma monitorização e de medidas terapêutica diferenciadas. A complexidade que envolve o tratamento a estas pessoas torna muitas vezes secundário os cuidados direcionados para o conforto. A dor aguda no trauma, o desconforto provocado pelo frio, o desconforto provocado pela imobilização, o medo e a ansiedade são algumas das fontes de desconforto de que as vítimas de trauma frequentemente padecem.

Desenvolvimento: A dor no pré-hospitalar é mais prevalente do que no intra-hospitalar e a redução do nível da dor é inferior. A gestão inadequada da dor é responsável por disfunções orgânicas e pior prognóstico e apesar de ser altamente prevalente, a dor no trauma é, de entre todas, a dor menos estudada, pelo que o insuficiente nível de conhecimento relativo à sua gestão torna o processo difícil e com resultados insuficientes. Por outro lado, a sensação de frio é relatada por muitas vítimas de trauma como sendo mais desconfortável que a própria dor, logo, a monitorização, prevenção e tratamento da hipotermia e desconforto provado pelo frio são medidas importantes para garantir o conforto global da pessoa. A imobilização é uma intervenção implementada à maioria das vítimas de trauma no decorrer do socorro pré-hospitalar e tem como objetivo diminuir os seus movimentos, garantindo o alinhamento das estruturas anatómicas com suspeita de lesão, minimizando o risco de lesões secundárias ao mecanismo de trauma primário. Apesar da sua aplicação ser recomendada, a imobilização contribui para a incidência de algum nível de desconforto, no entanto, este tipo de desconforto não tem sido explorado nem se encontram estudos que investiguem a etiologia nosológica do mesmo, subsistindo a ideia de que, sendo a imobilização uma intervenção imprescindível, os benefícios ultrapassam os riscos, nomeadamente as lesões por pressão, pressões intracranianas elevadas, dor e desconforto. O medo, presente em aproximadamente 20% destas vítimas, é o resultado da perceção de uma ameaça iminente, enquanto a ansiedade, identificada em mais de 50% das vítimas, é o estado de antecipação sobre a perceção de ameaças futuras. Vários estudos demonstram que vítimas com um ou os dois tipos de desconforto estão relacionados com níveis de dor mais elevados. Assim, intervenções dirigidas para minimizar estas duas manifestações de desconforto permitem, no plano teórico, reduzir a perceção de dor que a pessoa vítima de trauma manifesta.

Conclusões: Valorizar as queixas das vítimas de trauma, a par da estabilização hemodinâmica e controlo de hemorragias ativas, vão muito além da gestão e tratamento da dor aguda. É absolutamente determinante considerar outras tipologias de desconforto, como o frio, a imobilização, o medo e a ansiedade, e será, na monitorização, prevenção e/ou tratamento de todas as entidades nosológicas causadoras do desconforto, que, em conjunto, melhorarão a qualidade dos cuidados prestados. Construir novas linhas de investigação contribuirão para melhorar a capacidade de resposta das equipas pré e intra-hospitalares, designadamente com a criação de novas intervenções para o alívio do sofrimento nas vítimas de trauma quando socorridas.

Palavras-Chave: Trauma; Imobilização; Dor Aguda; Medo; Ansedade; Assistência Pré-Hospitalar; Desconforto.

Referências

Mota, M., Cunha, M., & Reis Santos, M. (2022). Managing discomfort caused by immobilization in trauma victims - mitigating a “necessary evil”. Millenium- Journal of Education, Technologies, and Health, 2(11e), e28829.

Mota, M., Santos, E., Cunha, M., Abrantes, T., Caldes, P., & Santos, M. R. (2021). Non-pharmacological interventions for acute pain management in adult victims of trauma: a scoping review. JBI Evidence Synthesis.

Mota, M., Santos, M.R., Santos, E., Henriques, C., Matos,A., Cunha, M. (2022) Pre-hospital treatment of acute traumapain: an observational study. Acta Paul Enferm.;35:eAPE039001834.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.



**COMUNICAÇÕES
ORAIS**



DIGNIDADE,
ESPERANÇA,
ESPIRITUALIDADE,
COMPAIXÃO,
HUMANIZAÇÃO/
HUMANITUDE,
NOS CUIDADOS DE
SAÚDE

AS NECESSIDADES DA COMUNIDADE SURDA NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE,
SEGUNDO A ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

Beatriz Quintal¹
Inês Sabalo²
Maria João Silva³
Cátia Marques⁴
Luís Henrique Magalhães⁵

¹CHULN- Hospital de Santa Maria, EPE
²Hospital de Braga, EPE
³Centro Humanitário da Cruz Vermelha Portuguesa de Macieira de Rates
⁴Hospital Ribera Juan Cardona (Espanha)
⁵Santa Casa da Misericórdia de Cabeceiras de Basto

Introdução: Este projeto remete para a compreensão das necessidades da pessoa e comunidade surda adulta no acesso aos serviços de saúde no distrito de Braga. A pesquisa em base de dados e a revisão da literatura tornou perceptível a escassez de dados e a falta de estudos, realçando lacunas na investigação em saúde e a perspetiva biomédica no suporte científico dos documentos legislativos, refletindo-se na prestação dos cuidados de enfermagem devido à associação da pessoa surda à pessoa com deficiência. Realizou-se então uma entrevista exploratória a uma pessoa surda.

Objetivos: Os quatro conceitos metaparadigmáticos da enfermagem atendendo à Enfermagem Transcultural (Leininger, 1979) e às catorze necessidades humanas básicas (Henderson, 1991) guiaram a análise da problemática, apresentando como objetivos descrever, interpretar e compreender as necessidades da comunidade surda, com a finalidade de potenciar o papel do enfermeiro como eixo fulcral na garantia do acesso universal aos serviços de saúde, e na prestação humanista de cuidados dignos de enfermagem.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, a realizar no distrito de Braga, orientado pela conduta ética basilar da investigação. A técnica de amostragem será por bola de neve e por saturação teórica, sendo os participantes delimitados pela saturação dos dados. O tratamento e análise de dados caracteriza-se pela técnica de análise comparativa constante de conteúdo, com recurso à tecnologia NVivo. A colheita de dados realizar-se-á com um intérprete de Língua Gestual Portuguesa, através da entrevista semi-estruturada, validada pela entrevista exploratória.

Resultados: Visando o enriquecimento do quadro concetual, a entrevista exploratória possibilitou a conceção da surdez como característica construtiva de identidade desta comunidade minoritária, cultural e linguística, salientado a perspetiva sociocultural a adotar nos cuidados de enfermagem.

Conclusões: Este estudo possibilitará uma prática baseada na evidência, alicerçada na Enfermagem Transcultural, visando a melhoria da qualidade dos cuidados, tornando cada vez mais o cuidar digno e centrado na esperança.

DELÍRIO OU SONHOS E VISÕES? A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA EM FIM DE VIDA

Ângela Simões¹

¹Unidade de Dor Crónica e Medicina Paliativa, Unidada Local de Saúde de Castelo Branco, Portugal; Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal; UI&D Age.comm, Unidade de Investigação Interdisciplinar- Comunidades Envelhecidas Funcionais, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal

Introdução: Os Sonhos e Visões de fim de vida (ELDVs) têm sido descritos desde a antiguidade. São descritos como profundamente reconfortantes para os moribundos e para os que os acompanham, além de transmitirem uma sensação de paz, alegria, felicidade e esperança. No entanto apesar do seu impacto geralmente positivo no processo de morrer, as experiências dos doentes são muitas vezes descartadas e classificadas como confusão ou alucinações e desadequadamente medicados.

Objetivos: Sistematizar o estado de conhecimento sobre sonhos e visões do fim da vida.

Material e Métodos: Revisão sistemática da literatura entre 2014 e 2022 nas bases de dados consultadas. O protocolo de investigação construído permitiu selecionar 22 trabalhos que constituíram o corpus da análise.

Resultados: Através de um processo de meta-agregação foram identificados cinco temas: 1) Sonhos e visões no final da vida: mapa conceptual; 2) incidência e prevalência; 3) como os pacientes e familiares percebem o fenómeno; 4) como os profissionais percebem o fenómeno; 5) Sonhos e visões de fim de vida ou delírio?. Neste trabalho em particular daremos enfoque especial aos 3 últimos temas.

Conclusões: As ELDVs são prevalentes e frequentemente significativas para os que morrem e correlacionadas com melhores experiencias de morte e luto. No entanto os profissionais de saúde evitam discutir essas experiências com o doente, descartando-as ou medicalizando a experiência, por falta de compreensão de seu significado. Aprender sobre estes fenómenos e o impacto amplamente positivo que eles têm sobre os doentes e as suas famílias pode ajudar todos a reconhecer, entender e responder aos ELDVs de uma forma cientificamente correta, humana e compassiva, de forma a que sejam aceites e validados, como parte do processo de morrer.



EDUCAÇÃO
LITERACIA EM
SAÚDE

FATORES QUE INTERFEREM NA HIGIENE DO SONO EM CRIANÇAS

Tânia Alexandra Loureiro Marques¹
Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima¹
Magda Guerra¹
Maria Odete Amaral²
Rui Alexandre Pinto³

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu
²Escola Superior de Saúde de Viseu
³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Padrões de sono adequados em qualidade e quantidade são fundamentais para a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudáveis na criança. Desta forma, conhecer os fatores que interferem nos padrões de sono em crianças é fundamental para que os profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros, consigam informar, capacitar e encaminhar os pais a desenvolverem estratégias promotoras de uma adequada higiene do sono.

Objetivos: Analisar a produção científica sobre fatores que interferem na higiene do sono em crianças dos 6 aos 11 anos.

Material e Métodos: Efetuou-se uma revisão integrativa da literatura através da pesquisa de estudos entre janeiro de 2016 e junho de 2021, recorrendo às de bases de dados PubMed/Medline, CINAHL e B-on, resultando na inclusão de 6 estudos.

Resultados: Os fatores identificados e que podem interferir na higiene do sono em crianças com 6- 11 anos são as habilitações literárias dos pais; a idade da criança; o hábito da sesta; ver televisão para adormecer; partilhar a cama e /ou o quarto; sono agitado; despertares noturnos; estado civil da mãe; rendimento familiar mensal; jogar computador durante 1 hora ou mais por dia; hábitos alimentares; o consumo regular de peixe; ser filho único; resistência na hora de deitar; início do sono tardio; ansiedade relacionada com o sono; realizar exercício físico; levantar em horários diferentes e realizar os trabalhos de casa.

Conclusões: Através deste estudo foram identificados vários fatores associados com os padrões de sono em crianças, a maioria deles modificáveis. O enfermeiro constitui o principal elo de ligação com a criança e sua família para minimizar o impacto destes fatores desenvolvendo estratégias de promoção da higiene do sono, com consideráveis vantagens e ganhos em saúde.

DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL NO PROCESSO DE ALTA PARA O DOMICÍLIO

Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima¹
Tânia Alexandra Loureiro Marques¹
Magda Guerra¹
Maria Odete Amaral²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu
²Escola Superior de Saúde de Viseu

Introdução: A alta do doente para o domicílio é um momento crucial no seio familiar e representa um enorme desafio para cuidadores informais e profissionais de saúde. Neste processo de transição é fundamental a elaboração de um plano de alta que promova igualmente a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados. Assim, torna-se prioritário envolver precocemente os cuidadores informais no processo de alta, facilitando assim a transição segura do doente para o seu domicilio e minimizando eventos adversos.

Objetivos: Analisar a evidência científica sobre as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais aquando da alta de um doente para o domicilio.

Material e Métodos: Revisão integrativa da literatura, com pesquisa nas bases de dados Medline®, PubMed®, CINAHL® e RCAAP® de estudos publicados entre janeiro de 2016 e junho de 2021. O corpus documental da revisão ficou constituído por 9 estudos.

Resultados: Foram identificadas como dificuldades: a ausência do cuidador informal no planeamento da alta, falta de colaboração entre a equipa de saúde e o cuidador ao nível do planeamento e antecipação das necessidades dos cuidadores informais, resultando na falta de capacitação. São referidas dificuldades ao nível das informações recebidas para dar continuidade do plano de alta no domicílio, assim como na relação empática estabelecida com a equipa multidisciplinar. A alta é definida como um momento agitado, precoce, com poucos apoios comunitários e de difícil articulação precoce com os mesmos.

Conclusões: As evidências obtidas intensificam a importância da equipa multidisciplinar, designadamente dos enfermeiros, no planeamento atempado da alta , promovendo a capacitação do cuidador informal e melhorando a segurança/qualidade dos cuidados após a alta. O Enfermeiro tem um papel fundamental e privilegiado neste processo,pois sendo ele um profissional próximo do cuidador consegue proporcionar a continuidade dos cuidados, colmatando inseguranças e dificuldades vivenciadas pelos cuidadores, com vista à melhoria continua da qualidade de vida.

EMPODERAR A GRÁVIDA/CASAL PARA A AMAMENTAÇÃO/ALEITAMENTO MATERNO

Nuno Ferreira¹
Cláudia Monteiro¹
Leonor Rodrigues¹
Manuela Bento¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: Seguindo as diretrizes da OMS e UNICEF (2022), em 28/06/2019, os EEESMO da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do CHTV implementaram o Programa de Preparação para a Amamentação/Aleitamento Materno composto por 3 sessões. Aplicamos um Formulário de Verificação de Conhecimentos, replicado no fim das sessões e um Instrumento para aferir a satisfação da grávida/casal.

Objetivos: Promover o Aleitamento Materno. Empoderar a grávida/casal para vivência informada acerca da amamentação/aleitamento materno. Aferir a satisfação das expetativas dos casais.

Material e Métodos: Realizámos um estudo do tipo quantitativo, corte longitudinal, em painel antes e depois, de curta duração, com uma amostra não probabilística por conveniência de grávidas que frequentaram o Programa de Preparação para a Amamentação/Aleitamento Materno do CHTV, EPE entre 02/03/2022 e 19/10/22.

Resultados: Após aplicação prévia às sessões do Programa do Formulário de Verificação de Conhecimentos e fazendo uma análise global das 14 questões que o compõem, verificámos que: 19% das grávidas respondeu “Não Sei”, 32% “Sei Pouco”, 25% “Sei o Suficiente”, 17% “Sei Bem” e 7% “Sei Muito Bem”. Quando replicámos o Formulário após as sessões: 2% das grávidas respondeu “Sei Pouco”, 20% “Sei o Suficiente”, 42% “Sei Bem” e 36% “Sei Muito Bem”. Após análise global do Questionário de Satisfação, os resultados mostram que das 198 grávidas que responderam ao questionário (75% da amostra): 65% consideraram o Programa “Muito Bom”; 33,5% “Bom” e 1,5% “Suficiente”.

Conclusões: O leite materno é o melhor e mais completo alimento que existe para o bebé. É fundamental que a mãe tenha acesso a informação e conhecimento para que usufrua desta fase com tranquilidade.

VACINAÇÃO EXTRA-PNV: A REALIDADE DE UMA USF

Ana Filipa Carvalho¹
Marília Santos Lima¹
António Oliveira²
Rita Andrade¹
Dina Santos¹
Ana Isabel Andrade³

¹Enfermeiras Especialistas da ARS Centro, ACeS Dão Lafões

²Enfermeiro Especialista ARS Norte

³Professor Adjunto ESSV-IPV, UICISA:E

Introdução: A vacinas são a melhor arma preventiva para muitas doenças. Apesar de Portugal ser um dos países com maior taxa de cobertura vacinal para as imunizações do Programa Nacional de Vacinação (PNV), o mesmo não acontece com as imunizações extra PNV. Em várias USF, o aconselhamento e o esclarecimento sobre estas vacinas é muito heterogéneo e varia consoante o profissional. Existem estudos que demonstram que a baixa escolaridade afeta a adesão dos pais às vacinas e qual a adesão dos utentes quando a recomendação é feita pela equipa de saúde familiar ou outro profissional especialista na área.

Objetivos: Conhecer a opinião dos profissionais de saúde acerca da vacinação.

Material e Métodos: Estudo quantitativo numa amostra constituída por 8 enfermeiros e 8 médicos de uma Unidade de saúde familiar. Foi elaborado questionário sobre as opiniões e práticas de cada profissional relativamente à vacinação Extra PNV. Incidência sobre aconselhamento e sobre especificidades de cada imunização. Todos participaram de forma autónoma, de forma confidencial e anónima.

Resultados: Dos profissionais questionados frequentemente acerca das vacinas, 100% são enfermeiros e 37,5% são médicos. Em relação às recomendações das várias vacinas (Enfermeiros Vs Médicos): Gripe (25%; 12,5%); Men. ACWY (75%; 62,5%); Rotavírus (50%; 25%); Hepatite A (75%; 50%); Varicela (12,5%; 12,5%). Os Enfermeiros demonstraram uma maior segurança nos conhecimentos acerca destas vacinas (87,5%, 77,5%).

Conclusões: Os Enfermeiros são quem mais esclarece as dúvidas dos utentes sobre a vacinação, assumindo uma figura de destaque nos Cuidados de Saúde Primários e que demonstra mais segurança de conhecimentos nessa área. A maior autonomia do enfermeiro na vacinação leva a um aumento da literacia do utente e numa tomada de decisão fundamentada. Há necessidade de fazer mais estudos sobre o seu papel do Enfermeiro numa vacinação mais informada e eficaz.

Neves, A. P. F. (junho, 2023).
Promoção da literacia em saúde e obesidade infantil: Experiência pedagógica através da entrevista motivacional.
Servir, 2(ed espec nº1), e. <https://doi.org/10.48492/servir021e>

PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE E OBESIDADE INFANTIL:
EXPERIÊNCIA PEDAGÓGICA ATRAVÉS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Ana Paula Fernandes das Neves¹

¹Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução: Torna-se importante planear intervenções dirigidas às crianças sobre promoção da literacia em saúde (LS) e promoção da alimentação saudável.

Os dados nacionais do estudo Health Behaviour in School aged Children (2022) revelam alguns indicadores preocupantes: 11,5% refere raramente/nunca comer fruta, 15,5% raramente/nunca ingere vegetais e 12,2% bebe colas ou outros refrigerantes açucarados pelo menos 1 vez/dia.

No Curso de Licenciatura em Enfermagem, a UC de Educação para a Saúde (EpS) efetua, numa das sessões teórico-práticas, o role-playing de uma consulta de enfermagem a um criança com obesidade infantil e sua família, em que enfermeiro utiliza a Entrevista Motivacional (EM). Segue-se a análise dos estudantes a este desempenho, utilizando-se a técnica da autoscopia, através do preenchimento de uma grelha de avaliação onde é apreciada a simulação da entrevista.

Nesta simulação é selecionado um dos estádios do Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, para orientação da intervenção.

Objetivos: Analisar a experiência pedagógica da unidade curricular de EpS no desenvolvimento de intervenções promotoras da saúde na obesidade infantil com recurso à entrevista motivacional.

Material e Métodos: Estudo qualitativo em que foi utilizado como instrumento de colheita uma grelha de avaliação do role-playing, preenchida pelos estudantes. No tratamento dos dados foi feita a análise de conteúdo de oito grelhas de avaliação da EM.

Resultados: Os estudantes: Conseguem identificar que a criança e a família se encontram em fases diferentes, de pré-contemplação e de preparação para a ação, respetivamente.

Adotam os princípios e as estratégias adequadas ao estágio de desenvolvimento da família.

Dos princípios da EM, os estudantes identificam a demonstração de empatia, o lidar com a resistência e o apoio à autoeficácia.

Adotam como estratégias as perguntas abertas, a escuta reflexiva, afirmações de confiança e sínteses.

Identificam caraterísticas de um ambiente colaborativo, evocativo e de respeito pela autonomia.

Mencionam alguns aspetos que o enfermeiro, tem de melhorar, na condução da EM: estimular a criança a falar; não fazer perguntas indutoras de resposta; pedir permissão para falar do comportamento de risco.

Conclusões: A UC contribui para capacitar os estudantes no desenvolvimento de competências de intervenção em EpS, promovendo a LS nas crianças e famílias. Compreendem como o enfermeiro, através da EM, acompanha a criança a progredir do estágio da Pre-contemplação para a ação, potenciando e criando oportunidades de ativação de comportamentos saudáveis.



Garcia, E., & Amendoeira, J. (junho, 2023).
A formação das enfermeiras de Saúde Pública da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (1958-1968).
Servir, 2(ed espec nº1), e. <https://doi.org/10.48492/servir021e>

A FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE SAÚDE PÚBLICA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA (1958-1968)

Elisa Garcia¹
José Amendoeira²

¹Instituto de Ciências da Saúde,Universidade Católica Portuguesa Lisboa
²Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Santarém

Introdução: Em Portugal, a reforma do ensino de enfermagem de 1952, extinguiu os cursos de visitadoras sanitárias e de enfermeiras visitadoras de higiene, ignorando a preparação de pessoal de enfermagem para a Saúde Pública. Esta comunicação pretende contribuir para o conhecimento da história da enfermagem através da descrição e explicitação da formação de enfermagem de saúde pública, criada pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Objetivos: Descrever a criação e evolução do estágio teórico prático que pretendia preparar as enfermeiras para os serviços de saúde da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, em meados do século XX.
Explicitar a matriz curricular, condições de admissão, organização e seu funcionamento.

Material e Métodos: Utilizou-se metodologia de investigação histórica e a análise documental abrangendo a criação do estágio teórico prático, até à sua extinção.

Resultados: Constatou-se que em 1958, por influência das orientações da OMS para a enfermagem de saúde, e sob proposta da Superintendente de Enfermagem, foi criado um estágio teórico prático pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que pretendia preparar as enfermeiras para os seus serviços de saúde e permitir o acesso à categoria de Educadora de Saúde Pública. Era,exclusivamente, para as enfermeiras dos serviços. Foi iniciado com 5 dislinas e a duração de 3 meses Posteriormente, admitiu enfermeiras de outras instituições, foi evoluindo para 13 disciplinas com a duração de um ano lectivo até à sua extinção, em 1968.

Conclusões: Considera-se que a reflexão e discussão sobre esta formação teórica prática, de 1958-1968, em enfermagem de saúde pública, possibilita aos enfermeiros o conhecimento sobre a formação organizada para preparar os enfermeiros com o curso geral de enfermagem, para aprática clínica, tendo em conta que a Escola de Enfermagem de Saúde Pública foi criada, em 1967.

Palavras chave: saúde pública; enfermagem; estágio; história de enfermagem.



PERCEÇÕES DE FELICIDADE E FATORES INFLUENCIADORES: UM ESTUDO QUALITATIVO COM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Cristina Martins¹
Paula Encarnação²
Alexandra Esteves³
Fernando Petronilho⁴
Analisa Candeias⁵

¹Professora Adjunta- Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem; Doutorada em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), Coimbra; Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf)
²Professora Adjunta- Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem; Doutorada em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), Coimbra; Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf)
³Professora Auxiliar com Agregação- Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais- Departamento de História; Doutorada em História Contemporânea; Lab2PT- UMinho
⁴Professor Coordenador- Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem; Doutorado em Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), Coimbra; Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf)
⁵Professora Adjunta- Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem; Doutorada em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), Coimbra; Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf); Sociedade Portuguesa de História de Enfermagem

Introdução: Na transição do ensino secundário para o ensino superior os estudantes do 1.º ano de Enfermagem enfrentam diversos desafios, suscetíveis de perturbar o seu bem-estar e Felicidade. Sendo a Felicidade um construto subjetivo, são essenciais estudos para uma melhor compreensão do fenómeno.

Objetivos: Explorar o conceito de Felicidade e os fatores que a influenciam em estudantes do 1.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma instituição de ensino superior.

Material e Métodos: Estudo exploratório, qualitativo, realizado em setembro de 2022, com uma amostra por conveniência de 63 estudantes do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Os dados foram colhidos através de duas questões abertas que integravam um formulário de um estudo mais alargado e foram analisados com técnica de análise de conteúdo temática, segundo Bardin, utilizando o software NVivo. Estudo autorizado pela instituição de ensino superior e realizado com consentimento informado, livre e esclarecido dos estudantes.

Resultados: Identificados três temas que concetualizam a Felicidade: i) Relacionamentos interpessoais positivos- felicidade associada à presença de pessoas queridas e relacionamentos significativos; ii) Realização pessoal - felicidade associada à realização pessoal e ao alcance de objetivos e metas pessoais; e iii) Equilíbrio físico e psicológico- felicidade associada a um estado de bem-estar físico e psicológico, a um sentimento de equilíbrio entre as diferentes áreas da vida e a paz de espírito. Dos diversos fatores que contribuem para a Felicidade, destacaram-se: “relacionamentos pessoais”, “realização pessoal”, “saúde e bem-estar” e “condições de vida e ambiente”, incluindo o sucesso escolar.

Conclusões: Este estudo evidencia a felicidade como conceito complexo e multidimensional, influenciável por vários fatores, internos e externos, interligados e complementares. Conhecer estes fatores possibilita o desenho de intervenções promotoras de ambientes saudáveis e propícios à aprendizagem e à otimização da saúde.

FELICIDADE SUBJETIVA EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Analisa Candeias¹
Cristina Martins²
Paula Encarnação³
Alexandra Esteves⁴
Fernando Petronilho⁵

¹Professora Adjunta- Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem; Doutorada em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), Coimbra; Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf); Sociedade Portuguesa de História de Enfermagem
²Professora Adjunta- Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem; Doutorada em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), Coimbra; Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf)
³Professora Adjunta- Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem; Doutorada em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), Coimbra; Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf)
⁴Professora Auxiliar com Agregação- Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais- Departamento de História; Doutorada em História Contemporânea; Lab2PT- UMinho
⁵Professor Coordenador- Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem; Doutorado em Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), Coimbra; Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf)

Introdução: A sociedade ocidental tem vindo a prestar uma maior atenção ao que significa a Felicidade, e embora de cariz subjetivo, também é verdade que a Felicidade foi foco de atenção por parte de diversos pensadores. Sendo algo complementar à saúde mental, a Felicidade torna-se igualmente um indicador para a avaliação económica de cada país, pois países mais prósperos apresentam índices mais sólidos de Felicidade.

Objetivos: 1) Descrever o nível de Felicidade Subjetiva dos estudantes do 1.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma instituição de ensino superior; 2) Explorar possíveis relações entre as Felicidade Subjetiva e outras variáveis.

Material e Métodos: Estudo descritivo-exploratório, assente num paradigma quantitativo. A amostra é constituída por 63 estudantes. Utilizada a Escala de Felicidade Subjetiva (Lyubomirsky & Lepper (1999), traduzida e validada por Pais-Ribeiro (2012)), constituída por um único fator com 4 itens, em que a resposta a cada item é dada de acordo com uma escala visual analógica de 7 posições, ancorada em duas afirmações antagónicas que expressam o nível de Felicidade ou a sua falta. A escala foi preenchida pelos estudantes, através do Google Forms, após preenchimento do consentimento informado, de forma livre e esclarecida, e o estudo foi autorizado pela instituição de ensino superior.

Resultados: 82,5% da amostra do sexo feminino, 1 elemento é trabalhador-estudante e 68,3% vive com a família durante a semana. A média de Felicidade Subjetiva é de 4,5 (máx=6 , min=2; DP=0,678). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a situação familiar quanto à Felicidade Subjetiva [(F(2)=4,547; p=0,014].

Conclusões: A Felicidade Subjetiva, sendo um constructo individual psicológico e um complemento ao bem-estar dos cidadãos, na amostra deste estudo é avaliada com valores médios que podem induzir alguma preocupação e atenção por parte dos profissionais de saúde/docentes, no sentido de procurar definir e implementar programas de intervenção promotores de maior Felicidade nesta população jovem.

FRAGILIDADE E SUPORTE SOCIAL: UM ESTUDO RETROSPETIVO DOS IDOSOS ADMITIDOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ângela Simões¹

¹Unidade de Dor Crónica e Medicina Paliativa, Unidada Local de Saúde de Castelo Branco, Portugal; 2) Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal; 3) UI&D Age.comm, Unidade de Investigação Interdisciplinar- Comunidades Envelhecidas Funcionais, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal

Introdução: Apesar das orientações internacionais, as necessidades dos idosos frágeis são frequentemente subdiagnosticadas; são admitidos recorrentemente em hospitais de agudos com taxas elevadas de visitas a serviços de urgência (SU) e não lhes são oferecidos cuidados paliativos (CP) especializados de forma rotineira, apesar de apresentarem muitos dos critérios necessários à sua referenciação.

Objetivos: Descrever a Fragilidade e o Suporte Social nos idosos admitidos no SU de um hospital de agudos e características associadas.

Material e Métodos: Neste trabalho descreveremos os resultados das primeiras fases de um estudo retrospectivo, observacional e descritivo sobre a fragilidade e agressividade nos cuidados de fim de vida em idosos admitidos em SU. Com técnica de amostragem aleatória, extraíram-se variáveis sociodemográficas, clínicas e de mortalidade de 8082 episódios de urgência, de pessoas com 65 ou mais anos (episódios totais de 6 dias de cada mês do ano 2019) e aplicou-se a Rockwood Clinical Frailty Scale (CFS) (2004). Análise estatística com IBM SPSS Statistics® versão 20, com nível de significância de 0,05.

Resultados: 57% dos idosos são mulheres, média de idade de 81,52 anos (79,93 nos homens). 66,3% são casados e 54,6% moram exclusivamente com o cônjuge. 66,2% não têm apoio social formal. 51,5% não possuem escolaridade. 40,9% com duas ou mais admissões no SU, no último ano, e 62.3% polimedicados. 28,7% são vulneráveis e 43,6% são frágeis (níveis de maior severidade - 14,1%). 15,8% dos episódios resultam em internamento hospitalar e 17% dos idosos morreram até 1 ano após o episódio (44 morreram no SU). Não foi feita referenciação ou chamada de equipa especializada em CP em nenhum dos episódios.

Conclusões: Esta fase do estudo já revela alguns dados preocupantes. A maioria dos idosos tem baixo nível de escolaridade, está polimedicado, com elevados níveis de fragilidade, multimorbilidade, recorre com frequência ao SU e apresenta apoio social insuficiente.

ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE: QUE BARREIRAS PARA UMA PESSOA PORTADORA DE SURDEZ?

Joana Baía¹
Ermelinda Marques²
Henriqueta Figueiredo³

¹ULS Guarda
²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior do IPG, Center for Health Technology and Services Research – CINTESIS
³Escola Superior de Enfermagem do Porto, Center for Health Technology and Services Research – CINTESIS

Introdução: A pessoa portadora de surdez depara-se com várias barreiras no acesso aos cuidados de saúde. A dificuldade comunicacional assume-se como principal barreira, uma vez que há falta de intérpretes nos serviços de saúde e as equipas muitas vezes não têm conhecimentos de Língua Gestual Portuguesa. As estratégias utilizadas pelos profissionais são essenciais para a minimização ou eliminação destas barreiras.

Objetivos: Identificar as barreiras no acesso aos cuidados de saúde na perspetiva da pessoa portadora de surdez.

Material e Métodos: O estudo é de natureza exploratória, descritiva, transversal e quantitativa. A colheita de dados foi efetuada no período de 20 de novembro 2020 a 10 de maio de 2021, com recurso a um formulário ad hoc, aplicado através de entrevista semi-estruturada e com o apoio de um intérprete de Língua Gestual Portuguesa. A amostra é constituída por 15 famílias com membro portador de surdez, de um concelho da região centro de Portugal.

Resultados: As principais barreiras percecionadas pela pessoa portadora de surdez no acesso aos cuidados de saúde foram com a mesma percentagem (40%) a ausência de intérprete profissional nas instituições de saúde e a dificuldade dos profissionais em encontrar novas formas de comunicação. Relativamente às barreiras comunicacionais, salienta-se a inexistência de um sistema de informação na chamada para as consultas através de Língua Gestual Portuguesa (37,04%). Todos os participantes do estudo reportaram o uso de máscara como dificuldade na comunicação com os profissionais de saúde.

Conclusões: O setor da saúde continua a ser aquele onde a comunidade surda enfrenta muitas dificuldades. Espera-se assim, que estes resultados sejam um importante contributo para os profissionais de saúde em geral e, em particular, para os enfermeiros, de modo a delinearem estratégias que visem ultrapassar as barreiras no acesso aos cuidados de saúde e promotoras de uma comunicação eficaz com a pessoa surda.

IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES ENURSING: A PERCEÇÃO DAS PESSOAS COM ARTRITE REUMATÓIDE

Ana Almeida Ribeiro¹
Bruno Morgado Ferreira²
Maria Adriana Henriques³
Madalena Cunha⁴

¹Universidade de Lisboa, Lisboa | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal | Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) | Sigma Theta Tau International – Phi Xi Chapter | Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu, Portugal | Escola Superior de Saúde Jean Piaget Viseu;
²Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu
³Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR) | Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Lisboa, Portugal
⁴Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu | Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) | Sigma Theta Tau International – Phi Xi Chapter | Centro de Pesquisa em Estudos da Criança – Universidade do Minho (CIEC – UM), Viseu, Portugal

Introdução: Os modelos existentes de serviços de saúde para pessoas com artrite reumatóide são insustentáveis, devido à necessidade de apoio contínuo e urgente para que as pessoas realizem a gestão da sua doença na agudização da mesma, melhorando a sua qualidade de vida, e evitando o consumo desnecessário de recursos de saúde. A tele enfermagem é assim uma alternativa válida, pois a educação em saúde pode ser ministrada remotamente por meio do uso de diversas tecnologias e métodos síncronos e assíncronos, exigindo o envolvimento de profissionais e pacientes.

Objetivos: Analisar a perceção das pessoas com artrite reumatóide sobre a implementação de intervenções de eNURSING numa consulta de reumatologia.

Material e Métodos: Estudo exploratório, com abordagem qualitativa e análise descritiva. Participaram 5 pessoas com artrite reumatóide, seguidas em consulta de reumatologia, numa unidade hospitalar do centro do país. Dados colhidos em março de 2021, com recurso a focus grupo analisados no software NVIVO, recorrendo à classificação hierárquica descendente e análise de similitude.

Resultados: Da análise do verbatim das pessoas com artrite reumatóide, emergiram 4 categorias e 21 subcategorias. As primeiras prendem-se com: dificuldade no autocuidado, barreiras que contribuem para a redução da qualidade de vida, sugestões para a gestão da doença e perceções dos doentes sobre a implementação de eNURSING.

Conclusões: As pessoas com artrite reumatóide consideraram, como intervenções eNURSING mais importantes, a criação de linhas de contacto, como telefone ou email, bem como o desenvolvimento de uma aplicação, voltada para a literacia em saúde, onde são patenteadas intervenções de educação em saúde, bem como de gestão e adesão aos tratamentos.

PERFIL DO UTILIZADOR, NÃO URGENTE, COM 80 E MAIS ANOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Fernando Ferreira Pina¹
Olivério Ribeiro²
Paulo Jorge de Almeida Pereira³
Madalena Cunha⁴

¹CIIS / FCT
²CIIS/FCT
³CAPP e CEDH
⁴Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu | Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) | Sigma Theta Tau International – Phi Xi Chapter | Centro de Pesquisa em Estudos da Criança – Universidade do Minho (CIEC – UM), Viseu, Portugal

Introdução: Os Serviços de Urgência são a principal porta de entrada no SNS e pela facil acessibilidade e capacidade de resposta aos mais diversificados problemas, muitos são aqueles que recorrem ao SU por situações não urgentes, constituindo-se como uma preocupação nacional e mundial. Um dos grupos populacionais com maior numero de idas ao SU, é o dos idosos com 80 e mais anos, dado que as implicações associadas ao envelhecimento, (INE, PORDATA, 2022), os tornam assíduos e grande consumidores de serviços de saúde.

Objetivos: Caraterizar o perfil clínico do utilizador, não urgente, do SU- a Pessoa com 80 e mais anos.

Material e Métodos: Estudo de natureza quantitativa, com alvo nas Pessoas com 80 e mais anos, que durante o ano civil pré-pandemia recorreram ao SU de um Centro Hospitalar da Zona Centro de Portugal. Foram incluídas todas as Pessoas com 80 e mais anos, a quem, após Triagem de Manchester (TM) (GPT, 2018) foi atribuída uma das prioridades consideradas não urgentes (Verde, Azul ou branco) e excluídas aquelas em que a causa do recurso ao SU foi por: queda ou acidente e ainda aquelas que aquando da alta/destino após o episódio de urgência, se verificou: internamento, óbito ou transferência para outro hospital, a amostra ficou assim constituída por 2618 episódios, correspondendo a 88.6% dos incluídos. A amostra foi constituída através da amostragem aleatória estratificada.

Resultados: Prevalece o género feminino (58.1%) com uma média de idades de 85.7 anos (dp=4.317), 12 referem-se a centenários, 64.7% triados como menos urgente (verde), admitidos no turno da manhã (71.6%), o dia da semana com maior afluência foi a 2.ª feira (18.1%) e de menor o domingo (9.2%), nos meses de julho e agosto foram ultrapassados os 10%. Os tempos médios de demora, desde a admissão à TM foi de 14’, para a TM de 2’, desde a TM à 1.ª observação médica aproximou-se das 2 horas (1 hora e 50’), e os tempos médios por episódio aproximaram-se das 6 horas (5 horas 40’), sendo que 33.6% ultrapassou as 6 horas.

Conclusões: O perfil apurado, denota que o utilizador, não urgente, com oitenta e mais anos no SU, carece de recusos acrescidos e diferenciados pela comunidade, de modo a manter a saúde e abolir a necessidade de ir ao S.Urgência.

Santos, A. C. R., Sequeira, A. F. A., Monteiro, R. S. B., & Albuquerque, C. (junho, 2023).
Funcionalidade do membro superior e qualidade de vida em mulheres após mastectomia/radioterapia.
Servir, 2(ed espec nº1), e. <https://doi.org/10.48492/servir021e>

FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SUPERIOR E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES APÓS MASTECTOMIA/RADIOTERAPIA

Ana Catarina Rocha Santos¹
Andreia Filipa de Almeida Sequeira¹
Rute Sofia Barros Monteiro¹
Carlos Albuquerque¹

¹Escola Superior de Saúde de Viseu

Introdução: As doenças oncológicas são um flagelo na atualidade. Ao longo do processo de tratamento do cancro da mama a mulher depara-se com uma variedade de morbilidades associadas quer à cirurgia, quer ao tratamento com RT adjuvante, que modificam a forma de encarar o seu corpo e a sua forma de estar, com grande repercussão na sua QDV.

Objetivos: Avaliar a funcionalidade do membro superior e a qualidade de vida em mulheres submetidas a mastectomia/radioterapia. Conhecer quais os determinantes (sociodemográficos, clínicos e comportamentais) que se revelam com maior peso preditivo na funcionalidade do membro superior, bem como na qualidade de vida da mulher após mastectomia/radioterapia.

Material e Métodos: Estudo de natureza quantitativa, carácter descritivo-correlacional, perfil transversal. Amostra constituída por 32 mulheres submetidas a cirurgia da mama no CHTMAD entre 1 de janeiro de 2019 a 30 de junho de 2022. Utilização de um formulário dividido em quatro seções englobando caracterização sociodemográfica, caracterização clínica e comportamental, escala Disabilities of the Arm,Shoulder and Hand e escala Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B+4).

Resultados: A amostra era constituída por 32 mulheres, com média de idade de 55,1 anos, casadas/união de facto na sua maioria (68,8%), detentoras do 1º ciclo escolar (31,3%). Verificou-se que 34,4% aguardaram entre 6 a 8 meses pela intervenção cirúrgica e 78,1% realizou mastectomia unilateral com esvaziamento axilar. Durante o internamento 96,9% participaram no programa de reabilitação instituído, no entanto durante e após os tratamentos de radioterapia 23 mulheres revelaram não manter esse processo de reabilitação. Constatou-se que a amostra evidenciava “presença de disfunção do MS” com 59,4%, seguido de “disfunção mínima ou ausente do MS” com 40,6%. Constatou-se que a dor, as limitações na amplitude do braço, o número de sintomas, a frequência da realização do programa de reabilitação e a funcionalidade do MS são determinantes significativas na qualidade de vida.

Conclusões: Apesar do número reduzido da amostra, os resultados mostram o impacto das determinantes clínicas e comportamentais sobre a qualidade sobre a qualidade de vida destas mulheres, tornando-se assim um campo de intervenção específico do enfermeiro de reabilitação.



APLICABILIDADE DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

QUALIDADE DE VIDA E APTIDÃO FÍSICA DA PESSOA COM PATOLOGIA CARDÍACA: IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FASE III

Sílvia Santos¹
Bárbara Maduro²

¹Pós-Licenciatura em enfermagem Saúde Comunitária, Serviço de Oncologia Médica IPO Coimbra
²Pós-Licenciatura em enfermagem Saúde Comunitária, Serviço de Cuidados Paliativos, IPO Coimbra

Introdução: O apoio à família da pessoa em condição paliativa são preocupações iminentes. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico e operativo que apoia os enfermeiros no cuidar das famílias, sobretudo as que vivem transições não normativas complexas.

Objetivos: Avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem pela aplicação do MDAIF à família da pessoa em condição paliativa.

Material e Métodos: Estudo descritivo, longitudinal, natureza quantitativa, com uma amostra de conveniência por 15 famílias. A colheita de dados e a intervenção fundamentada no MDAIF foi realizada no Instituto Português de Oncologia de Coimbra, na prestação de cuidados e visita de familiares.

Resultados: Das dimensões do MDAIF, a funcional destacou-se com 139 diagnósticos (51,3%), foram realizadas 1612 intervenções de enfermagem. No papel de prestador de cuidados foram identificados 76 (54,7%) diagnósticos, tendo sido resolvidos 54 (71%). No processo familiar foram identificados 63 (45,3%) diagnósticos, dos quais 47 (74,6%) foram resolvidos. O papel do enfermeiro na capacitação do prestador de cuidados e do envolvimento no processo familiar é terminante para a modificação positiva dos diagnósticos.

Conclusões: Os diagnósticos e as intervenções colaborativas com as famílias, com base no MDAIF, permitiram obter 72,7% ganhos em saúde. MDAIF pode ter uma maior aplicabilidade no cuidado às famílias com doentes em condição paliativa.

Carlos Albuquerque¹
Joana Abobeleira¹
Lília Marta¹
Sílvia Nogueira¹

¹Escola Superior de Saúde de Viseu

Introdução: A doença cardiovascular representa uma das principais causas de morbilidade e mortalidade. Os programas de reabilitação cardíaca (PRC) são uma área emergente de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com evidência científica dos seus benefícios.

Objetivos: Avaliar o efeito de um PRC fase III na qualidade de vida e aptidão física (dimensões da força muscular e da capacidade cardiorrespiratória) da pessoa com patologia cardíaca; Conecer o efeito de um PRC fase III nos dados antropométricos e hemodinâmicos da pessoa com patologia cardíaca.

Material e Métodos: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, de perfil longitudinal, com amostra por conveniência, constituída por 30 sujeitos a frequentar um PRC fase III, maioritariamente do sexo masculino (63,3%), com média de 66,1 anos de idade, com fatores de risco cardiovascular (87.5%) e algum grau de limitação física para atividades quotidianas (66,7%). O protocolo de pesquisa incluiu uma ficha sociodemográfica/clínica/comportamental e instrumentos de medida da qualidade de vida (MacNew QLMI), atividade física (IPAQ) e aptidão física (TM6M, TSL-30seg e dinamometria de preensão manual), aplicados em dois momentos de avaliação com intervalo de 10 semanas.

Resultados: Os resultados evidenciam melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida (todos os domínios) e na aptidão física (TM6M, TSL-30seg e dinamometria de preensão manual). Foram observadas melhorias a nível hemodinâmico (PA e FC) e antropométrico (IMC) no entanto estas não foram estisticamente significativas, à exceção do perímetro abdominal.

Conclusões: Os resultados evidenciam a importância duma abordagem de longo prazo dos PRC (fase III), realçando a necessidade de aumentar a sua disponibilidade na comunidade e a taxa de referênciação, de forma a desenvolver estratégias preventivas e de promoção de saúde, onde a intervenção do enfermeiro de reabilitação é determinante.

PREVENÇÃO E GESTÃO DA HIPOTERMIA ASSOCIADA AO TRAUMA

Andreia Filipa Cardoso Páscoa¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O trauma é a principal causa de mortalidade e morbilidade em adultos jovens, sendo responsável por mortes, perda de anos de vida e incapacidade prematura (Corredor et al., 2014).
É importante na abordagem à vítima de trauma a prevenção e controlo da tríade letal: coagulopatia, acidose e hipotermia, sendo que todas as intervenções devem ser dirigidas neste sentido (American College of Surgeons, 2018).

Objetivos: Releva a importância da hipotermia na tríade letal e da sua prevenção no extra e no intra-hospitalar; compreender o seu impacto à posteriori no estado de saúde da vítima de trauma e ressaltar o papel do enfermeiro na prevenção e gestão da hipotermia.

Material e Métodos: Partindo da questão de pesquisa “Em que medida a hipotermia nas vítimas de trauma influencia a sua condição de saúde?”, realizada pesquisa nas bases de dados disponíveis através da plataforma EBSCOhost, em novembro de 2022. Critérios de inclusão: adultos (idade> 19 anos), espaço temporal de 2018 a 2022 e descritores: “Hypothermia”, “Trauma” e “Outcome”. Escolhido o artigo “Continued Relevance of Initial Temperature Measurement in Trauma Patients” para realização de um jornal club, sendo que foi incluída outra pesquisa bibliográfica para justificação e pertinência do tema.

Resultados: Os doentes hipotérmicos apresentam uma taxa de mortalidade global de 38,5%, enquanto os normotérmicos 4,3% . Nas vítimas com Escala de Coma de Glasgow (ECG) > 12, hipotérmicos apresentam taxa de mortalidade de 7,6%, enquanto normotérmicos 1,6%. Nas vítimas com ECG <12, a taxa de mortalidade foi de 56,6% nas hipotérmicas e 25,6% nas normotérmicas.

Conclusões: A prevenção e controlo da hipotermia deve acontecer desde o primeiro contacto com a vítima, no sentido de melhorar os seus resultados e consequentemente prevenir a mortalidade associada, exigindo-se aos enfermeiros que desenvolvam intervenções dirigidas desde o extra-hospitalar, de acordo com os meios e recursos disponíveis.

DA GRAVIDEZ AO PUERPÉRIO: AGENDAR PARA FACILITAR

Ana Filipa Carvalho¹
Ana Isabel Andrade²
Márcia Ferreira¹
Isabel Martins¹
Tânia Figueiredo¹

¹Enfermeiras Especialistas da ARS Centro, ACeS Dão Lafões

²Professor Adjunto da ESSV-IPV, UICISA:E

Introdução: O seguimento da gravidez de baixo risco na consulta de Saúde Materna (SM) dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), é regulado por datas-chave, definidas pela Direção Geral de Saúde e também pelos indicadores de SM da Contratualização dos CSP. Ao cumprir com as datas corretas, estamos a contribuir para aumentar o bem-estar da grávida e da criança e também para o desempenho da Unidade de Saúde Familiar.

Objetivos: Criar um instrumento para cálculo dos intervalos temporais corretos com vista à realização dos diversos procedimentos a realizar ao longo da gravidez/puerpério imediato, para aprimorar o planeamento destas consultas pela equipa de saúde familiar.

Material e Métodos: Foi criado um ficheiro em Excel, para obtenção automática dos períodos ótimos de realização de Análises, Ecografias, Imunizações, Referenciações, calculados a partir da Data da Última Menstruação ou da Data Provável do Parto. Esta informação está de acordo com as datas preconizadas pela DGS e dá cumprimento aos indicadores contratualizados.

Resultados: A demonstração do ficheiro às grávidas/casal nas consultas de Saúde Materna, nas respetivas USF bem como o seu fornecimento à grávida/casal, ajuda a que esta transição normativa, no seu ciclo vital, seja vivenciada de forma mais calma e confiante e ajuda a equipa de saúde familiar no cumprimento dos vários procedimentos a realizar nas respetivas datas.

Conclusões: A determinação das datas-chave da gravidez de baixo risco, ajuda a grávida a vivenciar uma gravidez mais tranquila. Ao agrupar os procedimentos aconselhados num só documento, permite uma melhor gestão do tempo e das emoções numa fase tão sensível para a grávida/casal. Este instrumento tornou-se uma mais valia para a equipa de saúde familiar, facilitando prestação e a gestão dos cuidados e procedimentos a realizar nos Cuidados de Saúde Primários.

ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PERANTE O SARS-COV-2

António Madureira Dias¹
Carlos Albuquerque¹
Isabel Bica²

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. UICISA: E
²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. CINTESIS

Introdução: A emergência global face à COVID-19 levou à implementação de medidas urgentes que permitissem controlar a disseminação da doença. A COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, é uma pandemia para a qual é necessário adotar medidas apropriadas de prevenção e controlo da disseminação e transmissão. As medidas de controle de infeção executadas pelos enfermeiros são afetadas pelos seus conhecimentos, atitudes e práticas em relação à doença. Os Estudantes de Enfermagem devem ser detentores de um elevado nível de conhecimento sobre esta temática para que possam fundamentar a sua prática clínica.

Objetivos: Determinar quais as variáveis que influenciam o conhecimento e as atitudes dos Estudantes de Enfermagem.

Material e Métodos: Estudo de caracter quantitativo, correlacional, descritivo e analítico realizado com uma amostra de 200 Estudantes de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da região do centro de Portugal. Os dados foram obtidos através da aplicação de um instrumento de recolha de dados, que inclui uma lista de itens de avaliação de conhecimentos e atitudes.

Resultados: Do total da amostra, observou-se 85,5% são do género feminino, com uma média de idades de 21,73±4,08 anos. Os seus conhecimentos são influenciados pelo ano de frequência do curso e pela realização de ensino clínico, tendo-se registado mais conhecimentos sobre a temática nos alunos do 4ºano (=4,97±0,59). Quanto às atitudes sociais e profissionais verificaram-se níveis mais elevados no grupo do género feminino (Mean Rank=103,94) e naqueles que residem em zona rural (Mean Rank=84,94), respetivamente. As variáveis de isolamento e quarentena não apresentam influência na problemática estudada.

Conclusões: Os conhecimentos dos estudantes influenciam as suas atitudes sociais e profissionais. A amostra revelou níveis adequados e conflitantes de conhecimentos e atitudes, respetivamente, tendo o género feminino apresentado médias superiores para todas as variáveis.

Palavras-chave: Estudantes de Enfermagem; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; COVID-19; SARS-CoV-2.

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE INTERNAMENTO SOBRE SÉPSIS E CHOQUE SÉTICO

António Madureira Dias¹
Celina Ferreira Amaral²

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. UICISA: E
²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Introdução: A sépsis atinge anualmente cerca de 30 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a mortalidade global de 25 a 30% aumentando para quase o dobro (40 a 50%) nos países subdesenvolvidos. Tendo o enfermeiro uma posição privilegiada junto da pessoa com sépsis e choque sético e sendo estas doenças sensíveis ao tempo, o enfermeiro é um elemento fulcral não somente no reconhecimento precoce de sinais e sintomas, mas também na instituição precoce de cuidados de enfermagem adequados.

Objetivos: Determinar os níveis de perceção do conhecimento sobre sépsis e choque sético dos enfermeiros em unidades de internamento.

Material e Métodos: Estudo transversal descritivo, abordagem quantitativa, numa amostra de 85 enfermeiros tendo sido a recolha de dados realizada através de um questionário, dividido em três partes: caracterização sociodemográfica e profissional, caraterização relacionada com a formação e caracterização da perceção dos conhecimentos dos enfermeiros sobre sépsis e choque sético. Estudo realizado em seis unidades de internamento do IPOC.

Resultados: A maioria dos enfermeiros (77.6%) revelou um nível de perceção moderada/ baixa dos seus conhecimentos sobre sépsis e choque sético e 22.4% evidenciaram nível de perceção elevado. Dos participantes no estudo 71.8% não tem qualquer formação específica na área de prestação de cuidados à pessoa com sépsis ou choque sético. No âmbito da formação em serviço 96.5% dos enfermeiros refere nunca ter tido formação relacionada com sépsis. A maioria dos enfermeiros, 90.6%, desconhece protocolos para a gestão da pessoa com sépsis.

Conclusões: Os enfermeiros incluídos no estudo, na sua maioria, revelaram um nível de perceção moderada/baixa de conhecimento sobre sépsis e choque sético, identificando-se lacunas importantes relativamente à formação. A necessidade de formação contínua, de atualização de conhecimentos e a elaboração de um protocolo institucional para a gestão da pessoa com sépsis ou choque sético é evidente. A formação contínua tem um impacto decisivo na prática e só assim se conseguirá promover uma cultura de segurança assente na qualidade dos cuidados.



QUALIDADE E
SEGURANÇA DOS
CUIDADOS DE
SAÚDE

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA SEGURANÇA DA PESSOA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Carla Isabel da Silva Correia¹
Carlos Albuquerque²
Maria Adriana Henriques³

¹Centro Hospitalar Tondela Viseu; Estudante de Doutoramento em Enfermagem UL/ESEL; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR)
²Investigador da UICISA: E e Professor na Escola Superior de Saúde de Viseu- IPV
³Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR); Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Departamento de Enfermagem de Saúde Comunitária

Introdução: A hospitalização domiciliária assume-se como alternativa ao internamento convencional, assegurando intervenções de saúde no domicílio das pessoas, prestadas por profissionais do hospital e que visa substituir totalmente a hospitalização convencional, transferindo-se o tratamento das pessoas (adultas e idosas) para as suas casas.A segurança do doente assume cada vez mais o foco das políticas e práticas dos cuidados. No entanto, são poucas as evidências sobre a segurança dos doentes em ambiente extra-hospitalar, mais concretamente em contexto de hospitalização domiciliária.

Objetivos: Esta revisão visa mapear a evidência disponível sobre a temática, descrever as intervenções de enfermagem promotoras da segurança em hospitalização domiciliária e identificar as lacunas da investigação nesta temática.

Material e Métodos: Metodologia proposta pelo The Joanna Briggs Institute.A pesquisa será realizada nas bases de dados PubMed, Cinahl Complet, Medline Complet, Cochrane Database of Systematic Reviews e Cochrane Central Register of Controlled Trials. Para avaliar a elegibilidade dos artigos a análise da relevância dos artigos, a extração e síntese dos dados será desenvolvida por dois revisores independentes.

Resultados: Os dados resultantes serão agrupados em tabelas com os estudos incluídos e categorizados. Sendo a extração de dados um processo interativo a tabela pode ser revista à medida que a extração de dados decorre. Posteriormente será feita uma síntese narrativa que permitirá um mapeamento dos dados extraídos, enquadrando os resultados obtidos com o objetivo proposto e assim obter dados sobre as intervenções de enfermagem na hospitalização domiciliária com impacto na segurança das pessoas.

Conclusões: A identificação e análise das intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em contexto de hospitalização domiciliária torna-se crucial para assegurar a qualidade de cuidados prestados, a segurança das pessoas e profissionais. Espera-se, enquanto contributo para a prática clínica, que o mapeamento da evidência científica disponível relativa à hospitalização domiciliária se afigure essencial para a melhoria dos cuidados.

LIDERANÇA E PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GOVERNAÇÃO HOSPITALAR

Magda Guerra¹
Élvio Jesus²
Beatriz Araújo³

¹Doutoranda em Enfermagem UCP, Instituto de Ciências da Saúde
²Professor Auxiliar UCP, Instituto de Ciências da Saúde
³Professora Associada UCP, Instituto de Ciências da Saúde

Introdução: As estruturas da governação hospitalar são exigentes e desafiadoras e exigem um investimento por parte da organização, dos seus líderes e da equipa de profissionais de saúde, no caso particular dos enfermeiros, para que se obtenham cuidados prestados com qualidade e segurança do cliente.

Objetivos: Verificar o impacto da liderança e participação dos enfermeiros na governação hospitalar, na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Material e Métodos: Scoping review, com pesquisa de estudos em bases de dados datados entre janeiro de 2014 a julho de 2020, objetivando evidências o mais recente possíveis que permitam responder à questão de investigação. O corpus documental ficou constituído por 10 artigos que reuniram condições metodológicas.

Resultados: As evidências sugerem uma relação significativa entre a governação compartilhada e o envolvimento no trabalho, indicando que quanto mais os enfermeiros participam na governação compartilhada, maior é o seu envolvimento no trabalho, com resultados positivos nos cuidados prestados e na segurança do cliente. A governação compartilhada configura-se como uma estratégia que pode facilitar a adesão da equipa de enfermagem, uma vez que permite aos enfermeiros maior controlo e autonomia sobre a sua prática profissional. As estruturas e processos da governação legitimam a prática profissional dos enfermeiros, traduzindo-se em cuidados de saúde de qualidade e na garantia da segurança do cliente. A participação dos enfermeiros na governação hospitalar requer líderes transformacionais, proativos e que se esforcem por transformar o ambiente e a cultura organizacional através da inovação. A base da governação compartilhada reside nos princípios de responsabilidade, parceria, autonomia e comunicação.

Conclusões: Os enfermeiros em contexto hospitalar devem reger-se por um modelo de prática de enfermagem mais autónomo, com participação ativa na governação e assente na negociação coletiva e compartilhada, sendo estas condições sine qua non para se obter cuidados de qualidade e garantir a segurança do cliente.

OVERLOAD OF THE INFORMAL CAREGIVER OF THE PERSON WITH AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS

Nuno Ferreira¹
Mauro Coelho¹
Magda Guerra¹
Ricardo Florentim²
Luís Condeço²

¹CHTV ESSJPViseu
²ESSG

Introdução: Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) is characterized by an idiopathic and fatal neurodegenerative disease, this disease affects the upper and lower motor neurons. The main symptoms are: asthenia, muscle atrophy, muscle spasms, cramps, fatigue, spasticity and sialorrhea. There are different forms of presentation of this disease, such as: medullary form, more frequent, involving muscles of the upper and lower limbs, causing difficulties in walking; axial form, when muscle weakness involves the neck or back muscle; diffuse form, when various complaints associated with different parts of the body.It evolves quickly and does not have an effective treatment to this date. The average life expectancy is between 3- 5 years after the onset of the disease. Generally, the treatment offered to people with this disease is palliative care, which aims to minimize symptoms and maximize quality of life.

Objetivos: To systematize the knowledge about the factors associated with the overload of the informal caregiver of the person with Amyotrophic Lateral Sclerosis.

Material e Métodos: This is an integrative literature review, carried out from November 4, 2022 to January 27, 2023, in the BVS (Virtual Health Library), Google Scholar and PubMed (National Library of Medicine of the United States), with the following descriptors: Amyotrophic Lateral Sclerosis; caregiver burden, and its English counterpart (Amyotrophic Lateral Sclerosis; caregiver burden), combined with the Boolean operator “AND”.

Resultados: Six articles were selected, and the one that is most evident refers to the overload of the informal caregiver of the person with Amyotrophic Lateral Sclerosis.

Conclusões: The selected articles revealed that despite the persistence and dedication of informal caregivers in the care of patients with ALS. It should be noted the lack of training, knowledge and various socio-demographic factors, which leads to an increase in their overload.

SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL DOS CUIDADORES INFORMAIS: O QUE NOS DIZEM AS EVIDÊNCIAS

Ana Filipa Carvalho¹
Ana Isabel Andrade²
Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues¹
Maria Fernandes Matos Albernaz³

¹Enfermeiras Especialistas da ARS Centro, ACeS Dão Lafões
²Professor Adjunto da ESSV-IPV, UICISA:E
³Enfermeira Coordenadora ARS Centro, ACeS Dão Lafões

Introdução: Com o aumento do envelhecimento demográfico e dos custos associados aos cuidados de saúde, assistiu-se a uma mudança de paradigma: a passagem de cuidados formais para cuidados informais. Cuidar de uma pessoa dependente e /ou com necessidades complexas no domicílio, acarreta um conjunto de desafios que contribuem para o agravamento da qualidade de vida do cuidador,apresentando elevados níveis de sobrecarga.

Objetivos: Avaliar a prevalência da sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais.

Material e Métodos: Realizada revisão integrativa da literatura- foram identificados os estudos mais relevantes sobre esta temática. Pesquisa realizada entre 2015 e 2021, nos idiomas português e inglês. Recorreu-se às plataformas eletrónicas de bases de dados: Scielo, Medline® (via PubMed®) e CINAHL (EBSCO), B-on e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. O corpus amostral ficou constituído por onze estudos.

Resultados: Os estudos revelam que maioritariamente os cuidadores informais são mulheres e apresentam maior índice de sobrecarga relativamente aos homens. Quanto maior a idade do cuidador,maior sobrecarga. Predominam os cuidadores que são filhos/as e cônjuge,casados, a trabalharem por conta de outrem, reformados e a coabitarem com a pessoa cuidada. A maioria das pessoas cuidadas é idosa e dependente. Assumir o papel de cuidador informal predispõe o cuidador a agentes stressores inerentes aos cuidados, resultando numa sobrecarga física, emocional e social. Os cuidadores informais sob stress demonstram elevados níveis de sintomas depressivos, ansiedade, baixa satisfação com a vida, sintomas relacionados com o stress psicológico e baixa saúde subjetiva tendo uma perceção mais negativa da sua qualidade de vida.

Conclusões: Os resultados traduzem-se num contributo para facultar práticas e cuidados de enfermagem diferenciados no âmbito do empoderamento dos cuidadores informais. Pretende-se melhorar a qualidade de vida, potenciando melhores cuidados e minimizando possíveis resultados deletérios na saúde física e mental, decorrentes da sobrecarga que sentem no desempenho do seu papel como cuidadores informais.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS INTENSIVOS

António Madureira Dias¹
Andreia Raquel Moreira Rodrigues²

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. UICISA: E
²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Introdução: Cuidados de Enfermagem Omissos são os cuidados de enfermagem necessários que são omissos, em parte ou na totalidade, ou significativamente adiados, levando os enfermeiros a uma encruzilhada, uma vez que estão reféns da insegurança dos cuidados e inadequada gestão e liderança que promovam ambientes de prática favoráveis e por outro lado, são esmagados pelo imperativo ético e deontológico de cuidar de acordo com a melhor evidência e qualidade.

Objetivos: Identificar os cuidados de enfermagem omissos percecionados pelos enfermeiros de um hospital.

Material e Métodos: Estudo descritivo analítico e correlacional, realizado através de um questionário constituído por três partes: caracterização dos cuidados de enfermagem omissos, caracterização do ambiente da prática de cuidados e caracterização demográfica, académica e profissional. A amostra é constituída por 55 enfermeiros, 80% do sexo feminino.

Resultados: Os cuidados de enfermagem omissos com percentagens mais elevadas de omissão são: deambulação três vezes por dia ou conforme planeado; suporte emocional ao pessoa e/ou família; posicionar o doente a cada duas horas; ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico; documentação completa de todos os dados necessários; alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes; e assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas.

Conclusões: É importante desenvolver estudos mais abrangentes nesta área, com vista à melhoria da prática uma vez que todo o doente tem direito de receber os cuidados que necessita e todo o enfermeiro não devia sentir a necessidade de priorizar os cuidados que presta. Palavras-chave: enfermagem; cuidados de enfermagem omissos; ambiente da prática de cuidados.

Palavras-chave: enfermagem; cuidados de enfermagem omissos; ambiente da prática de cuidados

OMISSÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Mauro Coelho¹
Filomena Gaspar¹
Madalena Cunha²

¹Universidade de Lisboa, ESEL
²Instituto Politécnico de Viseu, Escola superior de Saúde, UICISA: E

Introdução: A omissão de cuidados de enfermagem é entendida por Kalisch et al. (2009) como os cuidados de enfermagem necessários que são omitidos, em parte ou na totalidade, ou significativamente adiados. Os cuidados omitidos influenciam negativamente a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem (Mlynarska et al., 2020). Os enfermeiros priorizam os cuidados em função da estabilização dos doentes em situação crítica sendo o foco dos cuidados a preservação da vida. Na presença de um inadequado rácio enfermeiro-pessoa, os enfermeiros são obrigados a racionar os cuidados, aumentando a probabilidade de omissão de cuidados (Mlynarska et al., 2020).

Objetivos: Determinar a prevalência de omissão de cuidados de enfermagem em contexto de urgência.

Material e Métodos: Estudo quantitativo de corte transversal. A recolha de dados ocorridos entre 11/08 a 10/11 de 2022, via on line através da Ordem dos Enfermeiros. Critérios de inclusão ser enfermeiro, inscrito na OE, a exercer funções no serviço de urgência. A Omissão de Cuidados foi avaliada através da escala MISSECARE (Kalisch & Williams, 2009), traduzida e validada para a população portuguesa por Loureiro, Fernandes, & Loureiro (2019).

Resultados: Os cuidados frequentemente omissos incluíram: comunicação, partilha de informação, ensino, incluindo planeamento de cuidados, planeamento de alta; cuidados físicos fundamentais, cuidados emocionais e psicológicos. Os cuidados raramente omissos pelos enfermeiros tem o seu foco no tratamento médico, com ênfase na tecnologia e na condição médica, valorizando o modelo Biomédico.

Conclusões: Os cuidados omissos são um problema significativo nos serviços de urgência hospitalares. A priorização dos cuidados utilizada pelos enfermeiros podem deixar a pessoa vulnerável face às necessidades educacionais, emocionais e psicológicas não atendidas podendo condicionar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. De salientar a preocupação dos enfermeiros em assegurar a prestação dos cuidados fundamentais para a manutenção da vida da pessoa em situação de urgência, sendo que a missão destes cuidados raramente acontece.

Pontinha, C., Batista, A. R., & Monteiro, J. (junho, 2023).
Benefício do exercício físico num serviço de medicina.
Servir, 2(ed espec nº1), e. <https://doi.org/10.48492/servir021e>

BENEFÍCIO DO EXERCÍCIO FÍSICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Carlos Pontinha¹
Ana Rita Batista¹
José Monteiro¹

¹Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: A atividade física ou ausência desta intervém de forma significativa na recuperação e manutenção das capacidades dos utentes. A enfermagem de reabilitação tem um papel importante para a recuperação funcional destes, assim como na melhoria da integração da pessoa na família e na comunidade, minimizando impactos menos positivos resultantes de uma determinada incapacidade, que implicaram ou resultaram do internamento numa instituição de saúde. Com o intuito de dar resposta a esta lacuna identificada, iniciamos o PROJETO EXERCITAR, em fevereiro de 2023.

Objetivos: Melhorar a capacitação da população para a escolha e implementação de um estilo de vida ativo, nomeadamente através hábitos de atividade física no pós alta; Promover a atividade física para os utentes durante o internamento.

Material e Métodos: Aplicação das escalas: Sit to stand em 30 segundos, teste de marcha 10m, time up and go e escala de barthel (modificada) em dois momentos distintos. O 1º momento é aquele no qual o utente integra o projeto, e o 2º momento é na Alta.

Resultados: Tendo em consideração que este projecto iniciou em fevereiro, os resultados preliminares estarão disponíveis apenas em Agosto de 2023.

Conclusões: Tendo em consideração os benefícios já conhecidos da atividade física, acreditamos que a nossa intervenção possa ser benéfica, quer nos utentes que por motivos de ordem clínica tenham necessidade de permanecer por algum período de tempo com restrição da sua atividade física, quer os utentes que não tenham incutido hábitos de atividade física regulares no seu domicílio. Assim sendo, consideramos este projeto como um elemento desencadeador de boas práticas na promoção da atividade física durante o internamento.

PÓSTERES





DIGNIDADE,
ESPERANÇA,
ESPIRITUALIDADE,
COMPAIXÃO,
HUMANIZAÇÃO/
HUMANITUDE,
NOS CUIDADOS DE
SAÚDE

O RESPEITO PELA DIGNIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Julia Fernandes¹
Anabela Palaio¹
Isabel Cardoso¹
Rita Grave¹
Sara Rua¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Serviço de Medicina Intensiva

Introdução: O cuidado à pessoa em situação crítica, num ambiente altamente tecnológico, requer uma abordagem integradora e humanizada.¹ Para desenvolver esta abordagem, os profissionais de saúde, também precisam que as suas dignidades e condições humanas sejam respeitadas. Contudo, as necessidades dos profissionais como pessoas são frequentemente esquecidas e o cuidado de si mesmos desconsiderado. Factos que precisam ser valorizados.

Objetivos: Refletir sobre as experiências vivenciadas pelos Profissionais de Saúde do Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Material e Métodos: Estudo de abordagem reflexiva com base numa revisão bibliográfica e nas experiências vivenciadas no campo de atuação.

Resultados: Na luta constante pela vida das pessoas internadas no SMI, os profissionais de saúde vivenciam um ritmo de trabalho intenso, momentos de grande pressão, exigência de rapidez de atuação, preocupação e incerteza. As mudanças na constituição da equipa e organização do serviço, nem sempre permitem criar a sincronia no agir, estratégias de resposta comuns, partilhadas e orientadas num mesmo sentido. Em muitos momentos prevalece a exaustão emocional, a sensação de vazio pela dificuldade em lidar não apenas com a morte e o sofrimento do outro, mas também, com as próprias perdas, sejam de familiares, pessoas amigas, ou colegas de trabalho. Estes resultados são apoiados pela literatura que destaca sentimentos de impotência, culpa, fracasso, esgotamento e desmotivação.^{1,2} Sublinha igualmente, que os profissionais de saúde precisam resgatar o autocuidado e aproximação de si mesmos como pré-requisitos para o cuidado eficiente do outro no contexto intensivo.^{1,2}

Conclusões: Perante as perdas que deixam marcas profundas, os profissionais do SMI mantêm o seu sentido de responsabilidade, coragem e determinação em cumprir a sua missão de cuidar de forma solidária, criativa, competente e inspiradora, as pessoas doentes e seus familiares. Contudo, também precisam de atenção, de amparo psicológico e apoio dos seus superiores hierárquicos, para se fortalecerem e superarem as suas fragilidades.¹

Bibliografia:

1. Fernandes MJC. Testemunhos de vida em uma Unidade de Cuidados Intensivos: Profissionais de Saúde, Pessoas Doentes e Familiares. Lisboa: Editora Lisbon Internacional Press, 2021.
2. Ficher AMFT, Verceze R, Higashizima MM, Miranda CH, Pintyá JP, Victal FCA. #UESEIMPORTACOMVOCE: cuidando de quem cuida na unidade de emergência durante a pandemia de COVID-19. Revista Qualidade HC. [Internet].2020 [acesso em 2022 Abr 24]; 198-204. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/297/297.pdf&ved=2ahUKEwiWt7DmhbH3AhUMJB0KHaeID3gQFnoECA8QAQ&usg=AOvVaw3Nkrmn7YlpHWypVSlaUsu_

O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO HUMANO E COMPARTILHADO EM CUIDADOS INTENSIVOS

Maria Julia Carneiro Fernandes¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: Uma atenção humana no cuidado à pessoa em estado crítico precisa conciliar a excelência técnico-científica com a excelência ético-moral.¹ Neste contexto, o processo de tomada de decisão adquire particularidades relativamente aos limites críticos da vida e da morte, que o tornam mais delicado e difícil.¹ O impacto social e científico desta evidência justifica a sua valorização de forma compartilhada.

Objetivos: Reconhecer a importância da tomada de decisão humana e compartilhada em uma unidade de cuidados intensivos (UCI).

Material e Métodos: Estudo de abordagem reflexiva, baseado numa revisão bibliográfica nas bases de dados Scielo, Lilacs, MedLine/ PubMed, sobre a tomada de decisão em uma UCI.

Resultados: Nas últimas décadas, o modelo da tomada de decisão compartilhada tem-se destacado como um novo paradigma na área da saúde.^{2,3} Neste processo, profissionais da saúde, pessoa doente e família formam uma parceria para: avaliarem as diferentes opções de diagnóstico e tratamento; ponderarem os benefícios, os inconvenientes, os desejos da pessoa doente e os recursos disponíveis.⁴ O desafio atual, passa pela consciência da aplicação das técnicas e terapêuticas necessárias para assistir as pessoas doentes durante o período crítico, mas também, por não as iniciar ou suspender quando a expectativa de recuperabilidade é nula.⁵ O ato de continuar a tratar pode tornar-se desumano e cruel, impondo dor, desconforto, sofrimento insensato e prolongado.

Conclusões: Encontrar um equilíbrio entre as possibilidades de cura e os próprios limites da intervenção pode ser difícil, mas o foco de um profissional deve estar na pessoa doente, no seu bem, respeitando a sua história de vida e o seu tempo de morrer. Quando a cura deixa de ser uma expectativa real e foge às habilidades técnicas, competências e conhecimento humano, o cuidado deverá passar a abranger ações que aliviem o sofrimento e proporcionem o conforto integral ajustado às necessidades da pessoa doente.

Bibliografia:

1. Zoboli E. Limiares da Vida a atenção à Saúde. Cogitare Enferm. 2007; 12(4):508-12.
2. Forte DN. Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.
3. Kaplan RM, Frosch DL. Decision Making in Medicine and Health Care. Rev. Clin. Psychol 2005; 1:525-556.
4. Gonçalves JASF. A Boa Morte: Ética no fim de vida [Dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2006.
5. Bittencourt AGV, Dantas MP, Neves FBSC, Almeida AM, Melo RMV, Albuquerque LC, et al. Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2007; 19(2):137-43.

PAPEL DO ENFERMEIRO NA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS: A NOSSA EXPERIÊNCIA ENQUANTO MEDICINA A

Jorge Fonseca¹
Helena Cabral¹
Paula Santos¹
Sofia Ramos¹

¹Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: A humanização da saúde e dos cuidados significa o respeito e conforto à pessoa no seu todo. O enfermeiro tem um papel fundamental em olhar para a pessoa numa perspectiva holística, mais integrada e completa, não apenas numa perspectiva somente clínica e assistencial. Nesse sentido, cabe ao mesmo, entender todas as queixas e necessidades da pessoa doente e do cuidador de forma a intervir de um modo global, gentil e acolhedor. O cuidador deve ser um elemento ativo e presente no processo de internamento facilitando a ligação entre o enfermeiro e a pessoa doente.

Objetivos: Manutenção dos cuidados englobando os cuidadores nos processos de saúde e doença de forma a promover a humanização dos cuidados permitindo, o equilíbrio entre o bem-estar físico, controlo do sofrimento, conforto emocional, espiritual e cultural.

Material e Métodos: Em circunstâncias especiais, o serviço de Medicina A, promove a permanência dos familiares e cuidadores de forma contínua sem restrições de horário e outros tipos de limitações. O serviço possui quartos de internamento individuais permitindo aos cuidadores, permanecer nos mesmos onde lhes é facultado uma cama junto da pessoa doente, de forma a este permanecer o tempo que desejar sendo providas todas as refeições diárias. É proporcionado apoio emocional, espiritual e cultural sempre que seja desejado.

Resultados: Tanto a pessoa doente como o cuidador, sentem-se englobados na continuidade dos cuidados sentindo-se parte integrante do processo de internamento.

Conclusões: A humanização dos cuidados é uma realidade diária no serviço onde a equipa está sensibilizado em agir de acordo com as necessidades identificadas da pessoa onde acreditamos que a nossa metodologia é benéfica e fundamental no processo de saúde e doença.

HUMANIZAÇÃO/HUMANITUDE NO CUIDAR EM ONCOLOGIA

Manuela Pereira¹
Susana Pina¹
Raquel Pimentel¹
Brigite Agostinho¹
Fátima Coelho¹

¹ULSGuarda- Hospital de Dia de Oncologia

Introdução: O tempo em que vivemos, o desenvolvimento (progresso) científico e tecnológico, a transformação da sociedade mutante, mostram que a capacidade de sobrevivência do ser humano carece de dignidade que compreende a pessoa na sua globalidade. Nos últimos anos, as instituições de saúde tornaram-se centros tecnológicos por excelência, mas, a par de toda essa evolução foi-se notando gradualmente falta de humanização nos cuidados. Especificamente, num serviço de Oncologia é fundamental que o profissional de enfermagem esteja atento à vertente relacional para poder oferecer “ajuda real” ao utente/família, os quais se encontram numa situação de grande vulnerabilidade física e psicológica. Os cuidados prestados devem assentar na humanização/humanitude e cada prestador pode criar qualidade na prestação dos mesmos, atendendo aos recursos que dispõe, à forma como orienta a sua prática e quanto à intenção que nela põe.

Objetivos: Refletir sobre a temática da humanização/humanitude, especificamente num Serviço de Oncologia.

Material e Métodos: Revisão sistémica da literatura sobre teorias, métodos e práticas eficientes no combate às relações sociais desumanizantes, bem como das competências do enfermeiro em oncologia na área relacional. Esta pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed, Scielo, entre outras em fevereiro/março 2023. Os critérios de inclusão foram artigos publicados nos últimos 10 anos ou textos científicos.

Resultados: Através da pesquisa bibliográfica realizada foi possível apurar que em Portugal são diversos os estudos desenvolvidos por enfermeiros para salientar a importância dos conceitos do humano e humanização. Para além disso, a investigação ação tem procurado entender como e se os enfermeiros aplicam nas suas práticas a metodologia de Humanitude.

Conclusões: Espera-se que este trabalho possa de alguma forma contribuir para uma reflexão e mudança de comportamentos dos profissionais de saúde (enfermagem) frente à necessidade do respeito e da preservação da dignidade, esperança e espiritualidade do utente, bem como reestruturação de programas no ensino e formação nas instituições de saúde, nomeadamente nos serviços de Oncologia.

“AGORA SEI QUE ESTOU VIVA...”

Rita Grave¹
Anabela Oliveira¹
Sara Rua¹

¹Centro Hospitalar Baixo-Vouga

Introdução: A caminhada da pessoa doente nos Cuidados Intensivos (CI) começa na escuridão, no silêncio, na ausência de perceção1. Esta condição resulta da doença aguda e das estratégias terapêuticas implementadas, concorrendo diariamente para o risco de desenvolverem Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), com compromisso da qualidade de vida2. O internamento da pessoa doente em CI ocorre num momento inesperado, manifestando um forte impacto na vida diária dos familiares, experienciando uma multiplicidade de sentimentos conflituantes1, que raramente têm acompanhamento clínico, desenvolvendo SPICI do familiar.

Objetivos: Alertar os profissionais de saúde para a necessidade da humanização em todas as etapas do cuidado à pessoa doente com SPICI.

Material e Métodos: Estudo de caso; Recurso SAM®

Resultados: Os autores descrevem o caso de uma doente, 48 anos, internada por pneumonia grave a SARS CoV 2, com 10 dias em CI, que desenvolveu SPICI com manifestações físicas, cognitivas e psicológicas. Apresentava ansiedade extrema, agorafobia, monofobia e grave disrupção do sono: pesadelos referentes ao internamento que despertavam crises de pânico. Tinha incapacidade de distinguir a realidade do imaginário, colocando em dúvida se já morrera ou se estaria viva. Na Consulta de Medicina Intensiva foi implementada uma estratégia muito próxima de acompanhamento presencial e telefónico, da doente e do marido ambos acometidos por SPICI, o que ajudou a rentabilizar a intervenção multidisciplinar. Após 9 meses a doente, recuperou fisicamente, iniciou a actividade laboral, expressando-se agora, ela e o marido como sendo felizes.

Conclusões: Com este caso clínico, os autores, chamam a atenção para a prevenção do SPICI que compromete o prognóstico vital e funcional e é responsável pela diminuição da qualidade de vida com custos pessoais, familiares e sociais relevantes. Sublinham a existência do SPICI nos familiares próximos que, para além das consequências individuais e sociais, compromete a reabilitação da pessoa doente, de quem são muitas vezes os cuidadores.

Bibliografia:

1. Fernandes MJC. Testemunhos de vida em uma Unidade de Cuidados Intensivos: Profissionais de Saúde, Pessoas Doentes e Familiares. Lisboa: Editora Lisbon Internacional Press, 2021.
2. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. Crit Care Med. 2011

IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA ENQUANTO AGENTE FACILITADOR DA COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

João Miguel Rodrigues

Introdução: Os Cuidados Paliativos Pediátricos constituem cuidados proativos e um direito humano básico para todas as crianças que em parceria de cuidados, planeiam soluções desde o diagnóstico estendendo ao curso da doença , ajudando a criança e a família. Estratégias de ação como a comunicação como instrumento eficaz consistem num verdadeiro desafio.

Objetivos: Reconhecer a importância do enfermeiro numa abordagem humanizada e de conhecimento especializado que permita identificar, compreender e responder às necessidades Paliativas em Idade Pediátrica.

Material e Métodos: Revisão da literatura pulicada e identificada correspondente a “Cuidados Paliativos, “Humanização” na Criança.

Resultados: A Comunicação é um componente vital em Cuidados Paliativos Pediátricos, lembrando que a comunicação não é feita só com palavras. A enfermagem é considerada um diálogo vivido em que existe um relacionamento de forma criativa através do estar presente, efetivando uma relação alicerçada na confiança que favorece um vínculo de cuidados em parceria.

Conclusões: Os cuidados Paliativos Pediátricos abordam de forma ideal a satisfação das necessidades individuais das crianças e seus familiares ao longo de uma doença que ameaça a vida, respeitando seus desejos e escolhas, independentemente de a doença ser ou não curável. O cuidado adequado pode diminuir o impacto da doença e o sofrimento. Perante tal realidade, a sensibilização nos enfermeiros acerca da comunicação, é uma ferramenta imprescindível para ganhos na melhoria nos cuidados de saúde em Cuidados Paliativos Pediátricos.



HISTÓRIA DA
ENFERMAGEM

ENFERMAGEM E SEUS METAPARADIGMAS

Cristina Teixeira¹
Guida Martins¹
Joana Guiomar¹
Marina Paraíso¹
Magda Guerra¹

¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, CHTV, Portugal

Introdução: Os metaparadigmas da Enfermagem são tentativas de formulações que demonstram os esforços dos cientistas para melhor compreender os fenómenos. Porém, os fenómenos dominantes em enfermagem presentes no manuscrito de Nightingale giravam em torno de quatro metaparadigmas, são eles: Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem, conceitos estes também definidos pela Ordem dos Enfermeiros como os enunciados descritivos de qualidade na prática profissional.

Objetivos: Os metaparadigmas assentam numa base teórica que permite alicerçar a prática do enfermeiro. Por outro lado, eles definem os limites na área da Enfermagem demarcando-a de outras disciplinas e clarificam a relação entre a visão recebida e a apreendida do conhecimento de Enfermagem (proporcionando um contexto apropriado para julgar a propriedade desse conhecimento e os métodos que os enfermeiros usam para o desenvolver).

Material e Métodos: Análise descritiva e analítica dos quatro Metaparadigmas da Enfermagem.

Resultados: A Pessoa é um ser bio-psico-social integrado, um ser holístico no mundo, um sistema aberto, um todo integrado, um ser que é mais que a soma das suas partes e beneficia dos cuidados de enfermagem. Ao nível da Saúde, esta processa-se em continuidade com a doença, ela representa um estado e um reflexo de trocas na pessoa. O Ambiente representa os elementos externos que influenciam a pessoa e as condições internas e externas sobre a pessoa, incluindo a família, a comunidade e a sociedade. Por sua vez, os Cuidados de Enfermagem são entendidos como uma mescla de ciência e arte. A enfermagem é uma ciência que envolve o cuidado, no sentido de ajudar as pessoas a atingir o seu potencial humano e promover a adaptação individual, facilitar a interação entre a pessoa e enfermeiro e promover a harmonia entre a pessoa e o ambiente circundante.

Conclusões: Os quatro conceitos metaparadigmáticos básicos abordam a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem como um todo, a saúde e o bem-estar, o ambiente em que se enquadra, e as responsabilidades de enfermagem. Neste sentido, o exercício profissional é realizado com vista à melhor qualidade e segurança de modo a manter e recuperar a saúde e minimizar os efeitos da doença.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

Liliana Figueiredo¹
Ana Rita Ferreira¹
Barbara Vidal¹
Miguel Martins¹
Luís Condeço¹

¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Guarda, Portugal

Introdução: O perfil de competências foi produzido a partir do Conselho Internacional de Enfermeiros que representa a “voz” internacional da Enfermagem e que trabalhou para garantir cuidados de qualidade para todos e políticas de saúde adequadas a nível global. Neste sentido, em 2003 a Ordem dos Enfermeiros criou um documento para identificar as competências do enfermeiro generalista no início de carreira profissional.

Objetivos: Enumerar o perfil de competências do enfermeiro generalista;
Descrever as competências do enfermeiro, de modo que este reúna os conhecimentos na relação terapêutica estabelecida com o cliente no respeito pelas suas capacidades.

Material e Métodos: Análise descritiva e analítica de documentos da Ordem dos Enfermeiros, onde são apresentadas as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, depois de uma seleção intencional.

Resultados: O perfil de competências permitiu regulamentar os requisitos necessários do enfermeiro, para que este garanta possuir os conhecimentos na relação terapêutica estabelecida com o cliente no respeito pelas suas capacidades. Em 2015 a Ordem dos Enfermeiros reorganizou os domínios de competências em: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Prestação e gestão de cuidados; c) Desenvolvimento profissional, onde a tomada de decisão faz parte do quotidiano da prática profissional. Os enfermeiros incorporam os resultados da pesquisa na sus prática durante o processo de tomada de decisão e na fase de implementação das suas intervenções.

Conclusões: Tendo em conta as atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, destacam-se os princípios humanitários de respeito à liberdade e à dignidade humana e aos valores do indivíduo e da comunidade. Com o perfil de competências, os enfermeiros respeitam as responsabilidades e regras no exercício das suas funções, no intuito de desenvolver boas práticas de enfermagem.

Neto, D., Costa, J., Martins, L., Marta, M., & Florentim, R. (junho, 2023).
Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.
Servir, 2(ed espec nº1), e. <https://doi.org/10.48492/servir021e>

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Diana Neto¹
Joana Costa¹
Laura Martins¹
Margarida Marta¹
Ricardo Florentim¹

¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal

Introdução: O conceito de qualidade tem acompanhado a evolução do homem ao longo dos tempos e a área da saúde não é exceção. Apesar da sua longevidade, o conceito de qualidade tem-se alterado e até integrado novos significados, onde os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros obtiveram um papel de destaquerelacionado com o desempenho global dos enfermeiros, no exercício das suas funções.

Objetivos: A qualidade visa proporcionar um serviço capaz de satisfazer as necessidades e as vontades dos clientes. Atualmente entende-se a qualidade como uma satisfação das necessidades do cliente a custos adequados, sendo um parâmetro essencial para toda e qualquer instituição que presta cuidados.

Material e Métodos: Análise descritiva e analítica de documentos da Ordem dos Enfermeiros sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Resultados: Os enunciados descritivos apontam precisamente qual o papel dos enfermeiros não só junto aos clientes como também à restante comunidade. Desta forma, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem contemplam seis enunciados descritivos: Satisfação do Cliente (o enfermeiro procura atingir os níveis mais altos de satisfação dos clientes); Promoção da saúde (o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde); Prevenção de complicações (o enfermeiro previne futuras complicações na saúde dos clientes); Bem-estar e ao autocuidado dos clientes (o enfermeiro potencializa o bem-estar dos clientes e complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente); Readaptação funcional (o enfermeiro, em conjunto com o cliente, desenvolve processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde) e Organização dos serviços de enfermagem (o enfermeiro contribui para atingir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem).

Conclusões: A qualidade e a boa gestão dos cuidados de saúde proporcionam ao utente um ambiente de confiança que leva à sua satisfação relativamente aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Contudo, bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, sendo a base para melhoria contínua da qualidade do exercício dos enfermeiros.



ESCLARECER A GRÁVIDA/CASAL ACERCA DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Nuno Ferreira¹
Carla Andrade¹
Deolinda Fróis¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: As mulheres que frequentam as aulas no pré-natal têm melhores estratégias de empoderamento e confiança para lidar com a dor em casa, reduzindo a necessidade de intervenções (NICE, 2022). Desde 22/08/2022 que questionamos previamente as grávidas no Programa de Preparação do CHT-Viseu, para prepararmos melhor as sessões. Replicamos o questionário após cada sessão para aferimos e validarmos a informação. Fornecemos um documento com as respostas para lembrarem conhecimentos.

Objetivos: Esclarecer sobre a anatomia e fisiologia do trabalho de parto e parto. Empoderar a grávida/casal. Promover boas práticas.

Material e Métodos: Estudo do tipo quantitativo, corte longitudinal, em painel antes e depois, de curta duração, com uma amostra não probabilística por conveniência de grávidas até 19/01/2023.

Resultados: Analisando as 98 respostas das grávidas antes das sessões verificamos que 79% refere “Não Sei/Sei Pouco” sobre quais as Técnicas para reduzir o traumatismo perineal e facilitar o nascimento espontâneo; 43% assinala “Sei o Suficiente” sobre quais são os critérios para o nascimento do bebé ser um parto normal e 44% refere “Sei Bem/Sei Muito Bem” sobre os sinais de alerta durante a gravidez para procurar um serviço de saúde. Na replicação do questionário após as sessões, as 72 respostas variam entre os 77% e os 95% na escala de Likert “Sei Bem/Sei Muito Bem”.

Conclusões: A maioria das mulheres deseja uma experiência de parto positiva, que satisfaça ou supere as suas expectativas pessoais e socioculturais e que contribua para a sensação de realização pessoal e controlo da situação, através do seu envolvimento na tomada de decisões relacionadas com o seu parto (OMS, 2018).

PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA HUMANIZAÇÃO DE CUIDADOS

Ana Rita Batista¹
Carlos Pontinha¹
José Monteiro¹

¹Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: O enfermeiro de reabilitação tem como compromisso garantir às pessoas com deficiência e incapacidade assistência nos vários níveis de complexidade, utilizando para tal terapêuticas e métodos específicos. O diálogo com o utente permite-lhe equacionar as suas necessidades e potencialidades na sua magnitude física, emocional e social, realçando que a ciência não pode estar isenta da humanidade. Estes profissionais têm competências técnico-científicas que visam avaliar e diagnosticar limitações funcionais dos utentes, mas também desenvolver ações de promoção da saúde, estimulando a manutenção ou desenvolvimento de capacidades sensoriais ou motoras. A abordagem estratégica feita pelos enfermeiros de reabilitação possibilitam capacitar o utente o mais precocemente possível, maximizando o seu potencial funcional e de independência, de modo a facilitar a sua reintegração na sociedade, prevenindo e tratando simultaneamente determinados impactos negativos, que o processo de internamento acarreta.

Objetivos: Analisar os dados obtidos relativos á intervenção do enfermeiro de reabilitação.
Perceber o contributo da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação num serviço de Medicina.

Material e Métodos: Estudo descritivo, retrospectivo de natureza quantitativa, referente ao período 12 setembro a 31 dezembro 2022.

Resultados: Amostra: 98 utentes, 47 do sexo feminino;média de idade- 82 anos; tempo médio em programa de reabilitação- 15 dias; intervenção de reabilitação mais frequente- cinesiterapia.

Conclusões: A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação é alicerçada num olhar diferenciado sobre o doente, que visa potenciar o seu estado clinico de forma a gerar ganhos em independência funcional, assumindo-se como um aspeto determinante na melhoria da qualidade de vida, ao permitir capacitar o doente para a realização das atividades de vida diária, e reinserção social.

UNIDADES TÉCNICAS | TECHNICAL UNITS | UNIDADES TÉCNICAS

Unidade Técnica de Redação, Edição e Documentação
Redaction Technical Unit, Publishing and Documentation
Unidad Técnica de Redacción, Publicaciones y Documentación
Ângelo Fonseca

Edição Internet- Desenvolvimento e manutenção da plataforma da Revista
Internet Edition- Development and magazine platform maintenance
Edición Internet- Desarrollo y mantenimiento de la plataforma de la revista
Ângelo Fonseca

Apoio Técnico, Redação e Edição de Texto
Technical Support, Redaction and Text Edition
Soporte Técnico, Redacción y Edición de Texto
Cristina Lima

Composição e Conceção Gráfica
Composition and Graphic Design
Composición y Diseño Gráfico
Cristina Lima



2023

série • série 2 | edição especial nº1 • 1st special edition
quadrimestral • quarterly



ACEPS

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde