



SERVIR

SÉRIE
SERIE 2 NÚMERO
NUMBER 3

ano • year | 2022

Diretor • Director
Madalena Cunha





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 |

Cuatrimstral, 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 Sarmiento** | 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

- *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
- *Maria 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



Revisores

Servir, 2(3)

- *Alexandra Dinis* | Centro Hospital Tondela Viseu | Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu (PT)
- *Beatriz Araújo* | Universidade Católica, Porto (PT)
- *Conceição Afonso* | Hospital de Braga (PT)
- *Elisa Garcia* | Universidade Católica (PT)
- *Fátima Martins* | Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem (PT)
- *Liliana Oliveira* | Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu (PT)
- *Márcia Pestana-Santos* | CHUC- Hospital Pediátrico de Coimbra (PT)
- *Margarida Carvalho* | Centro Hospital Tondela Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT)
- *Ricardo Loureiro* | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)
- *Rui Macedo* | Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE (PT)

Editorial

70 anos a construir uma identidade

Comemoramos orgulhosamente sete décadas da primeira edição da revista *Servir*, “corria” o ano de 1952, altura em que a Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem e Saúde tinha acabado de ser instituída, quatro anos antes.

De facto, 1952 foi fértil no desenvolvimento e afirmação da enfermagem, que até aí esteve sempre dependente de outras ciências sem que houvesse um corpo de conhecimento próprio, contudo, o desejo de conhecer a verdadeira natureza da enfermagem, aliado ao desejo de construção da sua identidade começou a evidenciar-se na comunidade científica.

E relacionado com este movimento, não podemos descurar dois marcos fundamentais na afirmação da enfermagem ciência e da enfermagem disciplina, o primeiro indelevelmente ligado ao também início da publicação da congénere norte-americana – *Nursing Research*, responsável pela divulgação da melhor investigação em enfermagem realizada à época, e o segundo com a apresentação perante a academia do *Interpersonal Relations in Nursing* de Hildegard Peplau.

H. Peplau será sempre lembrada pelo seu brilhante percurso académico, ou pelo cumprimento do dever militar, ou ainda pelo desenvolvimento que possibilitou à enfermagem psiquiátrica, mas o seu contributo para a enfermagem moderna ultrapassa tudo isso. É-lhe reconhecida a influência na profissionalização, nos avanços educativos e práticos, enfatizando a auto-regulação profissional e introduzindo a *advanced practice nursing* no “nosso” léxico e *praxis*.

Apesar de terem já passado setenta anos da publicação da sua obra e teoria, é unânime que criou uma mudança paradigmática na relação enfermeiro – doente, ao qual através de técnicas interpessoais ajudava a interiorizar a sua situação de doença, de modo a que a experiência vivida fosse integrada. Chamou de *enfermagem psicodinâmica*, à mais pura relação do ser cuidador e do ser cuidado, compreendendo o comportamento de cada um dos intervenientes na relação terapêutica, princípio básico à prestação dos cuidados de enfermagem.

Hoje a entidade reguladora da profissão (Ordem dos Enfermeiros), advoga um exercício profissional centrado na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas (clientes dos cuidados de enfermagem), que apesar de diferentes nos seus valores, crenças e desejos, estabelecem uma parceria terapêutica e de respeito mútuo. O desenvolvimento de competências aponta mesmo para o estabelecimento de relações interpessoais eficazes, enquanto domínio primordial na prestação e gestão dos cuidados.

A enfermagem contemporânea está edificada sobre sólidos alicerces sociais e políticos, muito à custa do trabalho desenvolvido por enfermeiras investigadoras como H. Peplau, que possibilitaram o desenvolvimento académico e a construção da “nossa” identidade profissional.

Durante décadas, o modelo de H. Peplau influenciou enfermeiras e estudantes de enfermagem, orientando a prática, o ensino e a investigação, contribuindo para a sua autonomização e estabelecimento dos limites de ação perante outras profissões.

Apesar de já ter decorrido 70 anos, o foco é mais atual que nunca.

Referências:

Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In S. Schreier, Y. Alexopoulos, M. Boyle & J. L. Thornton (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*, (5ª Edição, pp. 423–444). Mosby.

Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Divulgar - Regulamento de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordenenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Luís Miguel Condeço

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

Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde – Instituto de Ciências da Saúde, UCP, Porto, Portugal



Editorial

Condeço, L. M. (2022).

70 years building an identity. *Servir*, 2(03), e28913. <https://doi.org/10.48492/servir0203.28913>

Editorial

70 years building an identity

We proudly commemorate seven decades of the first edition of the journal *Servir*, “was” the year 1952, when the Catholic Association of Nursing and Health Professionals had just been established, four years earlier.

In fact, 1952 was fertile in the development and affirmation of nursing, which until then had always been dependent on other sciences without having its own *body of knowledge*, however, the desire to know the true nature of nursing, combined with the desire to build its identity began to emerge in the scientific community.

And related to this movement, we cannot overlook two fundamental landmarks in the affirmation of nursing science and nursing discipline, the first indelibly linked to the also beginning of the publication of the North American counterpart – *Nursing Research*, responsible for disseminating the best research in nursing carried out to the time, and the second with the presentation before the academy of *Interpersonal Relations in Nursing* by Hildegard Peplau.

H. Peplau will always be remembered for his brilliant academic career, or for fulfilling his military duty, or even for the development that she made possible for psychiatric nursing, but her contribution to modern nursing goes beyond all that. Its influence on professionalization, educational and practical advances is recognized, emphasizing professional self-regulation and introducing *advanced practice nursing* in “our” lexicon and *praxis*.

Although seventy years have passed since the publication of her work and theory, it is unanimous that she created a paradigm shift in the nurse-patient relationship, which through interpersonal techniques helped to internalize his illness situation, so that the lived experience was integrated. She called *psychodynamic nursing*, the purest relationship of being a caregiver and being cared for, comprising the behavior of each of the intervening parties in the therapeutic relationship, a basic principle for the provision of nursing care.

Today, the regulatory authority of the profession (Portuguese Nursing Association), advocates a professional exercise centered on the interpersonal relationship between the nurse and a person or group of people (clients of nursing care), who, despite being different in their values, beliefs and desires, establish a therapeutic partnership based on mutual respect. The development of skills even points to the establishment of effective interpersonal relationships, as a primary domain in the provision and management of care.

Contemporary nursing is built on solid social and political foundations, much at the expense of the work carried out by research nurses like H. Peplau, who made academic development possible and the construction of “our” professional identity.

For decades, H. Peplau’s model influenced nurses and nursing students, guiding practice, teaching and research, contributing to their empowerment and establishment of action limits in front of other professions.

Although 70 years have passed, the focus is more actual than ever.

References:

Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In S. Schreier, Y. Alexopoulos, M. Boyle & J. L. Thornton (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*, (5ª Edição, pp. 423–444). Mosby.

Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Divulgar- Regulamento de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordenenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Luís Miguel Condeço

Polytechnic Institute of Guarda, School of Health, Guarda, Portugal

Centre for Interdisciplinary Research in Health – Institute of Health Sciences, Catholic University of Portugal, Porto, Portugal

Editorial

70 años construyendo una identidad

Conmemoramos con orgullo siete décadas de la primera edición de la revista *Servir*, “era” el año 1952, cuando recién se constituía la Asociación Católica de Enfermería y Profesionales de la Salud, cuatro años antes.

De hecho, 1952 fue fértil en el desarrollo y afirmación de la enfermería, que hasta entonces siempre había dependido de otras ciencias sin tener un cuerpo de conocimiento propio, sin embargo, el deseo de conocer la verdadera naturaleza de la enfermería, combinado con el deseo de construir su identidad comenzó a surgir en la comunidad científica.

Y relacionado con este movimiento, no podemos pasar por alto dos hitos fundamentales en la afirmación de la ciencia y la disciplina de enfermería, el primero indeleblemente ligado al inicio también de la publicación de la contraparte norteamericana – Nursing Research, responsable de difundir las mejores investigaciones en enfermería. realizado en su momento, y el segundo con la presentación ante la academia de Relaciones Interpersonales en Enfermería por parte de Hildegard Peplau.

H. Peplau siempre será recordado por su brillante carrera académica, o por cumplir con su deber militar, o incluso por el desarrollo que hizo posible para la enfermería psiquiátrica, pero su contribución a la enfermería moderna va más allá de todo eso. Se reconoce su influencia en la profesionalización, los avances educativos y prácticos, enfatizando la autorregulación profesional e introduciendo la enfermería de práctica avanzada en “nuestro” léxico y praxis.

Aunque han pasado setenta años desde la publicación de su obra y teoría, es unánime que generó un cambio de paradigma en la relación enfermera-paciente, que a través de técnicas interpersonales ayudó a interiorizar su situación de enfermedad, de modo que la experiencia vivida fuera integrada. Denominó enfermería psicodinámica, la relación más pura entre ser cuidador y ser cuidado, comprendiendo el comportamiento de cada una de las partes que intervienen en la relación terapéutica, principio básico para la prestación del cuidado de enfermería.

Hoy, el órgano regulador de la profesión (Ordem dos Enfermeiros), aboga por un ejercicio profesional centrado en la relación interpersonal entre el enfermero y una persona o grupo de personas (clientes del cuidado de enfermería), que, a pesar de ser diferentes en sus valores, creencias y deseos, establecer una asociación terapéutica basada en el respeto mutuo. El desarrollo de competencias apunta incluso al establecimiento de relaciones interpersonales efectivas, como dominio primordial en la prestación y gestión del cuidado.

La enfermería contemporánea se construye sobre sólidos cimientos sociales y políticos, muy a expensas del trabajo realizado por enfermeras investigadoras como H. Peplau, que hicieron posible el desarrollo académico y la construcción de “nuestra” identidad profesional.

Durante décadas, el modelo de H. Peplau influyó en los enfermeros y estudiantes de enfermería, orientando la práctica, la docencia y la investigación, contribuyendo para su empoderamiento y establecimiento de límites de acción frente a otras profesiones.

Aunque han pasado 70 años, el enfoque está más vigente que nunca.

Referências:

Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In S. Schreier, Y. Alexopoulos, M. Boyle & J. L. Thornton (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*, (5ª Edição, pp. 423–444). Mosby.

Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Divulgar - Regulamento de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Luís Miguel Condeço

Instituto Politécnico da Guarda, Escola Superior de Saúde, Guarda, Portugal
Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde – Instituto de Ciências da Saúde, UCP, Porto, Portugal



Sumário | Summary | Resumen

Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR Safe communication in the implementation of nursing care: Level of knowledge of nurses about the ISBAR methodology Comunicación segura en la implementación del cuidado de enfermería: Nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la metodología ISBA	19
Programa de treino de suporte básico de vida pediátrico: Relato de uma experiência Pediatric basic life support training program: An experience report Programa de entrenamiento de soporte vital básico pediátrico: Relato de una experiencia	37
Caracterização do fluxo ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar Flow characterization intra-hospital medical emergency team activation Caracterización de flujo activación de equipos de emergencias médicas intrahospitalarias	45
Evolução funcional pós-fratura osteoporótica: Estudo de caso Functional progression in post-osteoporotic fracture: A case-study Evolución funcional tras fractura osteorótica: Estudio de caso	55
Impacto da pandemia COVID-19 no dia-a-dia das nossas crianças The impact of COVID-19 pandemic on children's daily routines El impacto de la pandemia COVID-19 en el día-a-día de los niños	65



Autores | Authors | Autores

A

Ana Rita Almeida Batista, 55

C

Catarina Conceição Pedro Rocha, 45

F

Fátima Prior, 37

Francisco Monteiro, 37

G

Gina Isabel Martins Monteiro, 55

I

Inês Filipa de Sousa e Candeias, 65

Isabel Maria dos Santos Neves, 55

J

Joana Patrícia Santos Coelho Almeida Abrantes, 65

L

Luís Miguel Condeço, 11

M

Madalena Cunha, 19

Maria Augusta Romão da Veiga Branco, 45

Mónica Costa, 37

P

Patricia Henriques, 37

Paula Cristina Dias Rocha Cavaleiro Saraiva, 55

R

Rita Carneiro, 37

S

Sara Ramos, 19

Sérgio Manuel Caseiro Anunciação, 55

COMUNICAÇÃO SEGURA NA IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM:
NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A METODOLOGIA ISBAR

SAFE COMMUNICATION IN THE IMPLEMENTATION OF NURSING CARE: LEVEL OF
KNOWLEDGE OF NURSES ABOUT THE ISBAR METHODOLOGY

COMUNICACIÓN SEGURA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA:
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA METODOLOGÍA ISBA

Servir, 2(03), e27163

DOI:10.48492/servir0203.27163

Sara Ramos¹
Madalena Cunha²

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
(s_cristina_amos@hotmail.com)

²Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Enfermagem, Portugal (mnunes@essv.ipv.pt)
<https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

Corresponding Author
Sara Ramos
Rua da Portelinha, n.º 210
3300-362 São Martinho da Cortiça
Coimbra, Portugal
s_cristina_amos@hotmail.com

RECEIVED: 12th May, 2022
ACCEPTED: 30th November, 2022

2022



RESUMO

Introdução: A evidência científica comprova que a utilização de comunicação padronizada e sistematizada minimiza a ocorrência de falhas que podem comprometer a segurança dos cuidados. Em Portugal está normatizado que a transmissão de informação siga a metodologia Identificação, Situação Atual, Background, Avaliação, Recomendação (ISBAR), pelo que é imperativo produzir investigação sobre a sua aplicação e eficiência nas práticas de saúde.

Objetivo: Avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre a metodologia ISBAR. Avaliar a frequência de formação específica em Comunicação; Determinar a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e profissionais com o nível de conhecimento dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR.

Métodos: Estudo quantitativo, do tipo observacional com análise descritiva e foco transversal, realizado com enfermeiros portugueses inscritos na Ordem dos Enfermeiros. A colheita de dados foi realizada através de um Questionário de Conhecimentos construído para o efeito de Ramos e Cunha (2021). O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu e da OE que promoveu a sua divulgação entre o 04/08/2021 e 04/09/2021.

Resultados: Foram incluídos 142 enfermeiros, representando 0.19% do universo de enfermeiros inscritos na OE, maioritariamente do género feminino (78,9%). Nas mulheres é dominante a faixa etária 31-40 anos e no género masculino é predominante a faixa etária 51-60 anos. A maioria dos inquiridos refere não utilizar a metodologia ISBAR (53,5%), sendo os elementos do género masculino que mais a utilizam (60.0%). Apurou-se que 80.3% dos elementos não possui formação específica em «Comunicação» e daqueles que possuem, a maioria tem menos de 10 horas de formação. Apurou-se que as variáveis académicas e as variáveis profissionais influenciam os conhecimentos sobre a metodologia ISBAR.

Conclusão: A segurança dos cuidados deve ser um imperativo na arte do cuidar. Atendendo a que a evidência demonstra que a frequência de formação específica em comunicação e particularmente sobre a metodologia ISBAR prediz um maior nível de conhecimentos e que 27,5% dos participantes detêm baixo nível de conhecimento sobre a metodologia ISBAR é expectável que a adoção de programas curriculares académicos com inclusão destes conteúdos, e respetivo treino e formação poderão fomentar a melhoria dos cuidados, promover segurança e produzindo ganhos em Saúde.

Palavras-chaves: comunicação segura; conhecimento; enfermeiros; ISBAR; segurança nos cuidados

ABSTRACT

Introduction: Scientific evidence proves that the use of standardized and systematized communication minimizes the occurrence of failures that can compromise the safety of care. In Portugal it is standardized that the transmission of information follows the methodology Identification, Current Situation, Background, Evaluation, Recommendation (ISBAR), so it is imperative to produce research on its application and efficiency in health practices.

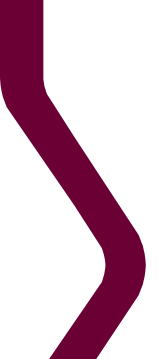
Objective: Evaluate the level of knowledge of Portuguese nurses about the ISBAR methodology. Assess the specific training frequency in Communication; Determine the relationship of sociodemographic, academic and professional variables with the level of knowledge of nurses about the ISBAR methodology.

Methods: Quantitative, observational study with descriptive analysis and cross-sectional focus, conducted with Portuguese nurses enrolled in the Order of Nurses. Data collection was performed through a Knowledge Questionnaire constructed for the purpose of Ramos and Cunha (2021). The study received a favorable opinion from the Ethics Committee of the Polytechnic Institute of Viseu and the OE that promoted its dissemination between 04/08/2021 and 04/09/2021.

Results: We included 142 nurses, representing 0.19% of the universe of nurses enrolled in the EO, mostly female (78.9%). In women the age group is 31-40 years old and in the male gender the age group 51-60 years is predominant. The majority of respondents reported not using the ISBAR methodology (53.5%), with male members using it the most (60.0%). It was found that 80.3% of the elements do not have specific training in «Communication» and of those who have, most have less than 10 hours of training. It was found that academic variables and professional variables influence knowledge about the ISBAR methodology.

Conclusion: The safety of care should be an imperative in the art of care. Given that the evidence shows that the frequency of training specifies in communication and particularly on the ISBAR methodology predicts a higher level of knowledge and that 27.5% of participants have a low level of knowledge about the ISBAR methodology it is expected that the adoption of academic curricula with inclusion of these contents, and their training and training, will be able to promote the improvement of care, promote safety and produce gains in Health.

Keywords: safe communication; knowledge; nurses; ISBAR; care safety



Ramos, S., & Cunha, M. (2022).

Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR.

Servir, 2(03), e27163. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>

21

RESUMEN

Introducción: La evidencia científica demuestra que el uso de la comunicación estandarizada y sistematizada minimiza la ocurrencia de fallas que pueden comprometer la seguridad de la atención. En Portugal está estandarizado que la transmisión de información siga la metodología Identificación, Situación Actual, Antecedentes, Evaluación, Recomendación (ISBAR), por lo que es imperativo producir investigaciones sobre su aplicación y eficiencia en las prácticas de salud.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento de los enfermeros portugueses sobre la metodología ISBAR. Evaluar la frecuencia específica de entrenamiento en Comunicación; Determinar la relación de las variables sociodemográficas, académicas y profesionales con el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la metodología ISBAR.

Métodos: Estudio cuantitativo, observacional, con análisis descriptivo y enfoque transversal, realizado con enfermeros portugueses inscritos en la Orden de Enfermeros. La recolección de datos se realizó a través de un Cuestionario de Conocimiento construido para el propósito de Ramos y Cunha (2021). El estudio recibió una opinión favorable del Comité de Ética del Instituto Politécnico de Viseu y del OE que promovió su difusión entre el 04/08/2021 y el 04/09/2021.

Resultados: Se incluyeron 142 enfermeras, que representan el 0,19% del universo de enfermeras matriculadas en la OE en Portugal, en su mayoría mujeres (78,9%). En las mujeres el grupo de edad es de 31-40 años y en el género masculino predomina el grupo de edad de 51- 60 años. La mayoría de los encuestados informaron que no usaban la metodología ISBAR (53,5%), siendo los miembros masculinos los que más la usaban (60,0%). Se comprobó que el 80,3% de los elementos no tienen formación específica en «Comunicación» y de los que sí la tienen, la mayoría tiene menos de 10 horas de formación. Se encontró que las variables académicas y las variables profesionales influyen proporcionalmente en el conocimiento sobre la metodología ISBAR.

Conclusión: Se incluyeron 142 enfermeras, que representan el 0,19% del universo de enfermeras matriculadas en la OE en Portugal, en su mayoría mujeres (78,9%). En las mujeres el grupo de edad es de 31-40 años y en el género masculino predomina el grupo de edad de 51- 60 años. La mayoría de los encuestados informaron que no usaban la metodología ISBAR (53,5%), siendo los miembros masculinos los que más la usaban (60,0%). Se comprobó que el 80,3% de los elementos no tienen formación específica en «Comunicación» y de los que sí la tienen, la mayoría tiene menos de 10 horas de formación. Se encontró que las variables académicas y las variables profesionales influyen proporcionalmente en el conocimiento sobre la metodología ISBAR.

Palabras Clave: comunicación segura; enfermeras; ISBAR; conocimientos; seguridad en la atención



Introdução

A Comunicação Segura e Eficaz assume um papel fulcral na Enfermagem uma vez que a segurança dos cuidados não pode ser dissociada do processo comunicativo, suporte imprescindível ao ato de cuidar. Torna-se assim fundamental que os enfermeiros assegurem um processo comunicacional sem erros e imprecisões por forma a promover ambientes e cuidados seguros. A Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) define comunicação como sendo *“um comportamento interativo que permite a transmissão e a receção de informações, recorrendo para tal a comportamentos verbais e não verbais, podendo ser face a face ou utilizado meios tecnológicos, como por exemplo o telefone ou o computador”* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 8). Com o intuito de melhorar a transmissão de informação sobre os doentes, a The Joint Commition recomendou a implementação de um sistema padronizado para a transmissão de informação pois a standartização do método de transmissão de informação reduz a perda de informação essencial e promove a continuidade dos cuidados (The Joint Commition, 2017). Note-se que a JCI (2017) identificou os erros de comunicação como o fator que mais contribui para os erros em saúde, sendo na passagem de turno que cerca de 80% dos eventos adversos acontece. Em Portugal, a problemática da qualidade em saúde tem sido progressivamente trabalhada e legislada. Exemplo disso foi a aprovação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 – 2020 (PNSD). O despacho correspondente enfatiza que a qualidade na saúde assenta na pertinência dos cuidados, na sua segurança, na sua aceitabilidade e acessibilidade e na sua prestação no momento oportuno. Em simultâneo, reforça que a segurança do doente assenta ainda na garantia da continuidade dos cuidados, na sua eficiência e na sua efetividade (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015). É neste sentido, que tendo em conta a importância de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados e na segurança do doente, constante no segundo ponto do PNSD, que a Direcção Geral de Saúde (DGS) emitiu em 2017 a Norma 001/2017: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Esta norma tem como principal objetivo a uniformização de boas práticas garantindo uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, acerca da transição de cuidados de saúde dos doentes, garantindo uma comunicação precisa e oportuna de informações de modo que possíveis erros e lacunas sejam mitigados, diminuindo, deste modo, a mortalidade dos doentes (DGS, 2017). Esta norma apresenta a técnica ISBAR como a ferramenta de padronização de comunicação em situações de transição de cuidados. A nível internacional, são várias as organizações e entidades a recomendar a metodologia ISBAR como instrumento facilitador da normalização da comunicação na transferência de informação, uma vez que esta permite uma “ fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara”(DGS, 2017, p.5). Face à pertinência da problemática, a presente investigação pretende dar resposta à seguinte questão geral de investigação:- Qual o nível de conhecimento dos Enfermeiros Portugueses sobre a metodologia ISBAR? Partindo da questão de investigação geral identificaram-se outras questões:- Será que as variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos sobre a metodologia ISBAR?- Em que medida as variáveis profissionais influenciam os conhecimentos sobre a metodologia ISBAR?

Como objetivos primários para este estudo delineou-se:-Avaliar a frequência de formação específica em Comunicação; -Avaliar os conhecimentos dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR; -Determinar a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e profissionais com o nível de conhecimento dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR.

1. Enquadramento Teórico/ Revisão da Literatura/ Estado da Arte / Modelo Conceptual

A comunicação é essencial em todas as interações humanas independentemente do contexto e dos indivíduos que comunicam. Todavia, comunicar em contexto de prestação de cuidados de Saúde assume particular importância porque tal como a abordagem ética do profissional implica considerar o indivíduo de forma holística, há uma necessidade de comunicar eficazmente com o doente, com a sua família e restantes profissionais de saúde implicados no processo de cuidar (Tobin & Watters, 2020). Com vista à melhor compreensão da problemática da comunicação segura em saúde, foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa por forma a conhecer a mais recente evidência científica sobre o assunto em causa. Assim no dia 8 de junho de 2021 foi realizada uma pesquisa na plataforma EBSCOhost, na base de dados CINAHL Complete e B-ON e no Recurso Nursing Reference Center Plus, foi selecionado o friso Temporal 2019-2021, e limitadas pesquisas à língua portuguesa, inglesa e espanhola. Foram utilizados os termos: “ISBAR”, “Nursing”,

“health Knowledge, attitude, practices”. Seguindo a metodologia supra citada, verificou-se um total de 80 artigos [plataforma EBSCOhost 15 artigos sendo que apenas foram analisados 10 artigos (3 encontravam-se repetidos e 2 foram excluídos porque não tratavam o assunto, na CINAHL selecionado o único artigo disponível, na B-ON analisados 11 artigos dos 61 apresentados (excluídos 3 por se encontrarem repetidos, 2 de acesso bloqueado e 45 porque o assunto não se enquadrava no presente estudo) e no Nursing Reference Center Plus analisados os 3 artigos disponíveis]. Atendendo que a prática de Enfermagem é amplamente legislada e normatizada, foram ainda incluídos no enquadramento teórico os princípios da Direção Geral de Saúde que normatizam o assunto. Assim, da análise dos 25 artigos que respeitavam os critérios definidos e da legislação em vigor, resultam os dados de suporte ao presente enquadramento teórico. A competência comunicacional é definida por Tobin e Watters (2020) como sendo a capacidade de no ato de comunicar, comunicar eficazmente com pacientes, familiares, cuidadores, colegas e outras pessoas envolvidas a fim de facilitar a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Promove ainda as características de objetividade, sem julgamentos ou opiniões (Caple, 2018b). Todo o enfermeiro deve ser detentor de competência comunicacional na medida que nos momentos de transição de cuidados de saúde o foco da transmissão de informação é a segurança dos cuidados prestados e a continuidade dos mesmos. Entende-se como transição de cuidados de saúde qualquer momento em que aconteça a transferência de responsabilidade de cuidados e da informação entre os prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2017). A comunicação, entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência da responsabilidade de prestação de cuidados, denomina-se como transmissão de informação (DGS, 2017). O processo de transmissão de informação, implica a transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados, e só se considera eficaz se o significado da mensagem transmitida for compreendido e entendido de forma igual entre as partes (Broadfoot & Guth, 2019; Verholen et al., 2021). Em Enfermagem, a troca de informação (handover) consiste no ato de comunicar pelo qual os enfermeiros partilham informação sobre o estado geral e cuidados do doente bem como do respetivo trabalho de Enfermagem (Noh & Lee, 2020). A transmissão de informação acontece maioritariamente no momento da Passagem de Turno de Enfermagem. É neste momento que é apresentado um breve relatório que permite ao enfermeiro de saída de turno, resumir as informações necessárias e pertinentes, para que o enfermeiro que inicia turno garanta a continuidade dos cuidados e assuma facilmente a responsabilidade dos cuidados (Hou et al., 2019). A evidência consultada suporta que a transmissão de informação, tem impacto decisivo na eficiência dos cuidados de Enfermagem e na segurança do doente, na medida que a continuidade dos cuidados só pode ser assegurada pela transmissão de informação com recurso a uma comunicação eficaz (Burgess et al., 2020; Mennela & Heering, 2018; Noh & Lee, 2020; Pun et al., 2019). A transmissão de informação por enfermeiros não só permite diminuir a ocorrência de erro como serve de apoio social entre os pares e proporciona a compreensão mútua e a coesão de grupo (Hou et al., 2019; Pun et al., 2019). Face aos múltiplos contextos e pessoas intervenientes, os momentos de transferência de informações são identificados como situações de alto risco para ocorrência de erros (Verholen et al., 2021). A Comissão Europeia considera que as falhas comunicacionais, decorrentes da transferência de comunicação deficitária, são causa de 25 a 40% de todos os eventos adversos notificados (Verholen et al., 2021). Também Ehlers et al. (2021) no seu estudo publicado em 2016 documentam que erros de comunicação causaram 1744 mortes e 1,7 biliões de dólares em hospitais americanos, num período de 5 anos. Por seu turno a Joint Commission atribuiu 80% dos erros médicos graves a falha de comunicação durante a transferência de informação (Caple, 2018a; Peran et al., 2019). Em relação aos estudos nacionais, apesar da pouca diversidade, é de referenciar um estudo de 2012 que diz respeito a falhas na comunicação em situações de transição, onde se verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e as falhas mais comuns estão relacionadas com omissões e erros de informação, falta de precisão e a falta de priorização das atividades por parte dos enfermeiros que prestam cuidados [DGS, 2017]. Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) entendeu que a melhoria dos aspetos comunicacionais deveria assumir-se como uma das cinco prioridades para cumprir a segurança dos doentes nos países industrializados. Desde então um grande número de protocolos de padronização de transmissão de informação foram desenvolvidos e aplicados (Ehlers et al., 2021). Em Portugal, esta problemática tem vindo a ser estudada e legislada e as suas diretrizes tem vindo a ser implementada. Em 2017, a DGS apresenta diversos conceitos inerentes ao processo, tais como: segurança do doente, transição de cuidados de saúde, transmissão de informação, Comunicação eficaz entre profissionais de saúde e ISBAR. A mnemónica ISBAR, é apresentada pela DGS como sendo a estratégia adotar com vista à garantia da segurança do doente em todos os níveis



de prestação de cuidados que implique a transição dos mesmos. A metodologia ISBAR é baseada no sistema “SBAR” desenvolvida primeiramente pela Marinha dos Estados Unidos da América para garantir comunicações claras, precisas entre os meios navais (Burgess et al.,2020). A metodologia ISBAR, implementada pela Organização Mundial de Saúde, fornece uma abordagem sistematizada para a comunicação, que face ao seu carácter padronizado pode ser adaptado a qualquer contexto clínico, como a passagem de turno, a transferência intra e inter-hospitalar ou para a escalada de deterioração do estado do doente (Burgess et al.,2020, Verholen et al.,2021, Moore & Roberts, 2019). A mnemónica ISBAR é recomendada com vista ao aumento da integridade e rigor da transferência de informação aquando da transferência (Hou et al.,2019). Na consulta bibliográfica, constatou-se que os estudos realizados com o intuito de avaliar a aplicabilidade da mnemónica ISBAR aferiram que os profissionais que aplicaram esta metodologia experimentaram alguns desafios até dominarem a mnemónica, mas perceberam que a ISBAR permitiu superar lacunas relacionadas com diferentes estilos comunicacionais que podem promover viés da informação bem como superar limitações relacionadas com posições hierárquicas, na medida que uma estrutura de comunicação padronizada permite achatar a estrutura hierárquica e empoderar profissionais com consequentes canais de comunicação mais eficazes (Ballangrud et al.,2020). Priorizando a comunicação eficaz e segura como parte essencial para a segurança dos cuidados ao doente, torna-se imperativo implementar a mnemónica ISBAR na prestação de cuidados. Assim, por forma a promover a sua implementação é imperativo que se domine cada uma das categorias I-S-B-A-R da mnemónica. Na categoria I (Identificação) está contemplada a informação inerente à identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação assim como o doente a que respeita a informação; Na categoria S (Situação atual) deve ser apresentada o motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; Na categoria B (Antecedentes- tradução de “background”) o profissional deve descrever os factos clínicos, de Enfermagem e outros considerados de relevo para a condição de saúde, tal como vontades e direções antecipadas de vontade do doente; Na categoria A (Avaliação) devem ser transmitidas informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento e alterações significativas ao estado geral do doente; Na Categoria R (Recomendações) deve haver descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente. Como se constata, o modelo explicativo da mnemónica ISBAR facilita a memorização da informação pertinente a transmitir e face ao seu cabal interesse é apresentado de seguida:

I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, direções antecipadas de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Direções antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infecção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

Fig.1 – Mnemónica ISBAR

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08.02.2017. Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Acedido em Maio, 15, 2021, em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Ramos, S., & Cunha, M. (2022).

Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR.

Servir, 2(03), e27163. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>

25

Importa ressaltar que a mais recente evidência faz referência a uma diversidade de adaptações à mnemónica ISBAR, por exemplo o ISBAR-CARE, K-ISBAR E ISBARQ. Todas estas adaptações prendem-se com a necessidade de o profissional de saúde não se focar apenas nos aspetos clínicos da metodologia ISBAR mas associar a eles a empatia, os cuidados individualizados e o espaço para questões pertinentes. Atendendo que a prática Enfermagem é amplamente legislada e é preconizado que os enfermeiros tenham na génese da sua ação as teorias de Enfermagem que preconizam a avaliação do indivíduo como um ser holístico, não parece fazer sentido adicionar adaptações à mnemónica ISBAR.

2. Métodos

O estudo de natureza quantitativa, do tipo observacional com análise descritiva e foco transversal, foi realizado com Enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros (OE) que exercem funções em Portugal Continental e Arquipélagos. Para melhor definição e delimitação da amostra a considerar, foi previamente definido que o período para a colheita de dados seria de 04 de agosto a 4 de setembro de 2021. Em busca de novo conhecimento sobre o assunto, com o desenvolvimento deste estudo pretende dar-se resposta à questão de investigação: - Qual o Nível de Conhecimento dos Enfermeiros Portugueses sobre a Metodologia ISBAR? Atendendo as variáveis em estudo e o mapeamento da evidência científica apresentado no enquadramento teórico, é espetável que as variáveis académicas, profissionais e sociodemográficas influenciem de forma positiva o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR.

2.1 Amostra / Participantes / Informantes / Corpus Amostral

A população definida para este estudo integrou Enfermeiros inscritos como membros da Ordem dos Enfermeiros (OE) de Portugal a exercer funções em instituições portuguesas, num total de 73912 Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018), obtendo-se uma amostra de 142 enfermeiros que corresponde a 0,19% do total de Enfermeiros da OE, denotando uma baixa adesão do estudo. Prevalencem os elementos do género feminino (78.9%) da faixa etária dos 31- 40 anos (43.0%), com o grau de licenciado do género feminino (38.4%) e o Mestrado no género Masculino (33.3%).

2.1.1 Requisitos / Critérios de Inclusão/

Aplicou-se a técnica de amostragem não probabilística, com os seguintes critérios de inclusão: Pessoas inscritas na Ordem dos Enfermeiros em Portugal. Como critérios de exclusão, considerou-se pessoas detentoras de Licenciatura e Mestrado em Enfermagem que não se encontram a exercer e consequentemente não estão inscritas na Ordem dos Enfermeiros.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um Questionário de Conhecimentos sobre a metodologia ISBAR de Ramos e Cunha (2021), criado para o efeito, divulgado via online pela Ordem dos Enfermeiros, no período compreendido entre 4 de agosto e 4 de setembro. Este incorpora oito questões de caracterização sociodemográfica e de contexto (género, idade, zona de residência, habilitação académica, anos de experiência profissional, tipologia de unidade/serviço onde exerce funções, utilização da metodologia ISBAR, ser detentor de formação específica em comunicação segura) e 24 questões relativas à metodologia ISBAR. As 24 questões referentes à metodologia ISBAR preconizam que o enfermeiro aloque a cada item, o termo I-S-B-A-R a informação correspondente.

EVIDÊNCIA DE VALIDADE DO QUESTIONÁRIO DE RAMOS E CUNHA (2021)

Consistência interna (fiabilidade)

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade do questionário do nosso estudo, foi efetuado o estudo da consistência interna (homogeneidade dos itens) para cada um deles. No quadro seguinte estão esquematizados os respetivos Alphas de Cronbach obtidos para cada um após a devida correção. Pela análise das correlações do respetivo item com os restantes, estas oscilam entre associações positivas fracas (0,211) e associações positivas fortes (0,724). Estes valores são bons, porque nos indicam que todos os itens contribuem mais ou menos de forma homogénea e no mesmo sentido (correlações positivas) para a utilização da metodologia ISBAR. Já pela análise dos Alphas de Cronbach, os valores obtidos são satisfatórios (todos superiores a 0,878), o que nos indica que mesmo excluindo os itens um a um, os valores de fiabilidade interna (alpha) mantêm-se superiores a 0,878; o que significa que a comunicação pela metodologia ISBAR não depende exclusivamente de um só item. Em termos gerais, o valor de alpha global obtido (0,888) é considerado muito bom.



Tabela 1 – Alpha de Cronbach para os itens da escala de Avaliação de Conhecimentos sobre a Metodologia ISBAR

Itens da Escala de ISBAR	Médias	Correlação entre itens	Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)
Item 1	62,61	0,356	0,886
Item 2	62,33	0,219	0,890
Item 3	62,27	0,211	0,891
Item 4	62,07	0,281	0,890
Item 5	62,15	0,295	0,889
Item 6	62,22	0,328	0,887
Item 7	61,69	0,455	0,884
Item 8	60,79	0,422	0,885
Item 9	61,20	0,542	0,883
Item 10	61,04	0,502	0,883
Item 11	61,02	0,520	0,882
Item 12	61,17	0,625	0,881
Item 13	61,14	0,724	0,879
Item 14	60,95	0,612	0,881
Item 15	60,91	0,577	0,881
Item 16	60,54	0,578	0,881
Item 17	61,11	0,531	0,882
Item 18	60,91	0,496	0,883
Item 19	60,83	0,536	0,882
Item 20	60,46	0,639	0,879
Item 21	60,68	0,576	0,881
Item 22	59,81	0,664	0,878
Item 23	60,26	0,488	0,884
Item 24	60,61	0,476	0,885
Alpha global			0,888

2.3 Procedimentos

O estudo integra o projeto de investigação “Comunicação Segura na Implementação de Cuidados: Conhecimento dos Enfermeiros sobre e metodologia ISBAR que obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu [PARECER N.º 26/SUB/2021] emitido em a 25/03/2021. A autorização formal para a divulgação do instrumento de colheita de dados foi emitida pela Ordem dos Enfermeiros a 30 de julho de 2021. A participação dos enfermeiros foi voluntária e prévia ao preenchimento do questionário e após leitura de uma explicação sucinta sobre o objetivo e finalidade do estudo.

O acesso aos dados pela equipa de investigação teve como compromisso respeitar os princípios da confidencialidade e privacidade inerentes à utilização de uma base de dados administrativa.

Com o intuito de credibilizar o nosso estudo, o estudo da relação entre as variáveis foi testado através de testes não paramétricos, nomeadamente Testes U de Mann-Whitney e Testes de Kruskal-Wallis, uma vez que não existe uma distribuição normal da variável dependente (Conhecimentos sobre a metodologia ISBAR), como nos mostra a seguir o teste da normalidade.

Teste da normalidade

O teste Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (quadro 1) mostra que a distribuição de dados referentes à variável dependente, não se encontra enquadrada na normalidade ($p=0,000$), pelo que pela análise do gráfico (1) somos obrigados a assumirmos a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para a variável dependente, o que limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Ramos, S., & Cunha, M. (2022).

Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR.

Servir, 2(03), e27163. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>

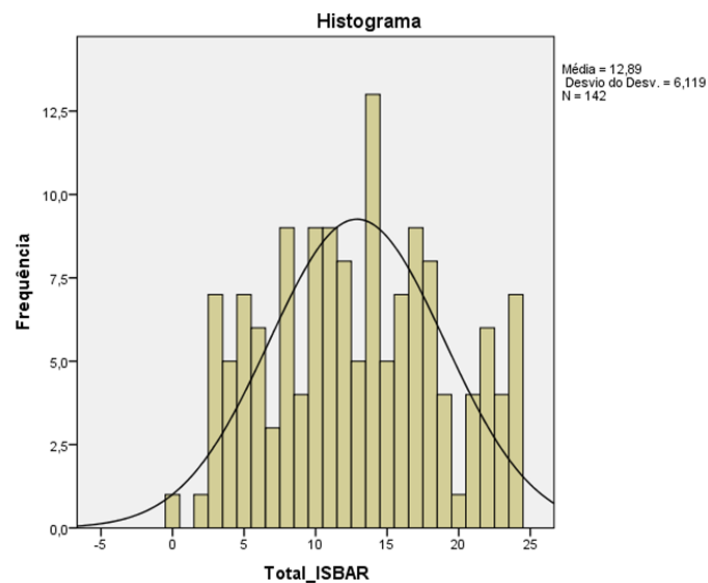
27

Quadro 1 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
	Estatísticas	p
Conhecimentos sobre a metodologia ISBAR	0,063	0,026*

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Gráfico 1 – Histograma dos Conhecimentos sobre a metodologia ISBAR, com curva de normalidade



A análise estatística foi realizada informaticamente através do programa SPSS. 25, em que se utilizaram os seguintes níveis de significância: $p > 0.05$ – não significativo; $p < 0.05$ – significativo; $p < 0.01$ – bastante significativo. Este nível de significância permite-nos afirmar com uma “certeza” de 95%, caso se verifique a validade da questão em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

3. Resultados

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A amostra contou com 142 Enfermeiros, maioritariamente do género feminino ($n=112$; 78,9%). Em relação ao grupo etário, a maioria dos elementos têm entre 31-40 anos ($n=61$) sendo que a maioria é de género feminino. Já para o género masculino, o grupo etário dominante é o incluído na faixa etária 51-60 anos com 40,0%. Entre o grupo etário e género não encontramos diferenças significativas ($\chi^2=8,043$; $p=0,090$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 2).

A maioria dos participantes habitam na cidade com 62,0% não havendo diferenças significativas entre os géneros, tal como não se constata diferença significativa entre a nacionalidade ($\chi^2=5,270$; $p=0,072$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 2).

Por fim, e no que se refere às habilitações académicas, a maioria dos elementos do género feminino são licenciados com 33,8%, enquanto no género masculino dominam os mestrados com 33,3%.



Tabela 2 – Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género

Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	Nº (112)	% (78,9)	Nº (30)	% (21,1)	Nº (142)	% (100,0)	Fem.	Masc.
Grupo etário								
21-30 anos	15	13,4	3	10,0	18	12,7	0,5	-0,5
31-40 anos	54	48,2	7	23,3	61	43,0	2,4	-2,4
41-50 anos	17	15,2	7	23,3	24	16,9	-1,1	1,1
51-60 anos	24	21,4	12	40,0	36	25,4	-2,1	2,1
61-70 anos	2	1,8	1	3,3	3	2,1	-0,5	0,5
Residência								
Aldeia	25	22,3	6	20,0	31	21,8	0,3	-0,3
Vila	22	19,6	1	3,3	23	16,2	2,2	-2,2
Cidade	65	58,0	23	76,7	88	62,0	-1,9	1,9
Habilitações								
Bacharelato	1	0,9	---	0,0	1	0,7	0,5	-0,5
Licenciatura	43	38,4	5	16,7	48	33,8	2,2	-2,2
Pós-graduação	23	20,5	6	20,0	29	20,4	0,1	-0,1
Pós-licenciatura	16	14,3	8	26,7	24	16,9	-1,6	1,6
Mestrado	29	25,9	10	33,3	39	27,5	-0,8	0,8
Doutoramento	---	0,0	1	3,3	1	0,7	-1,9	1,9

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

O tempo de experiência profissional oscilou entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 43 anos, ao que corresponde um tempo médio de 17,30 anos, um desvio padrão de 10,05 anos, e com coeficientes de variação com uma dispersão elevada (> a 30%) (cf. Tabela 3).

As estatísticas sobre as horas de formação específica em comunicação permitiram apurar a oscilação entre um mínimo de 1 hora e um máximo de 50 horas, ao que corresponde um tempo médio de 5,64 horas, um desvio padrão de 0,86 horas e coeficientes de variação com uma dispersão moderada (entre 15% e 30%) (cf. Tabela 3)

Tabela 3 – Estatísticas relativas ao tempo de experiência profissional

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Experiência profissional	1	43	17,30	10,05	58,09	1,985	-2,007
Horas de formação	1	50	5,64	0,86	15,25	5,372	6,570

Em relação ao tempo de experiência profissional, a maioria dos elementos têm menos de 15 anos com 50,7%, situação que se confirma em ambos os géneros. O tempo de experiência profissional não difere significativamente face ao género ($\chi^2=4,965$; $p=0,084$), situação também apurada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

Prevalecem os Enfermeiros que exercem funções nas enfermarias com 47,9%, sendo que 53,6% dos elementos são do género feminino. Já nos homens salientamos o pré-hospitalar como a unidade onde mais elementos exercem a sua atividade, com diferenças estatísticas altamente significativas ($\chi^2=30,206$; $p=0,000$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

A maioria dos elementos nega a utilização da metodologia de ISBAR com 53,5%. Também no género feminino a situação se confirma, não se encontrando diferenças estatísticas significativas face ao género, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($\chi^2=2,795$; $p=0,095$).

A formação específica sobre a metodologia ISBAR ainda não predomina entre os enfermeiros pois 80,3% não a possui. Neste caso, encontramos diferenças bastante significativas ($\chi^2=9,884$; $p=0,002$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

Em relação ao n.º de horas de formação, a maioria dos elementos têm menos de 10 horas com 78,6%, situação observada em ambos os géneros. Não encontramos diferenças significativas para o número de horas de formação na função do género. ($\chi^2=0,283$; $p=0,595$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 3).

A maioria dos participantes (57,1%) frequentou formação na área em contexto de formação em serviço, não encontramos diferenças estatísticas significativas entre géneros, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($\chi^2=0,978$; $p=0,807$).

Tabela 4 – Caracterização das variáveis profissionais em função do género

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	Nº (112)	% (78,9)	Nº (30)	% (21,1)	Nº (142)	% (100,0)	Fem.	Masc.
Experiência								
<15 anos	60	53,6	12	40,0	72	50,7	1,3	-1,3
16-30 anos	42	37,5	11	36,7	53	37,3	0,1	-0,1
>30 anos	10	8,9	7	23,3	17	12,0	-2,2	2,2
Unidade								
BO	11	9,8	1	3,3	12	8,5	1,1	-1,1
Enfermaria	60	53,6	8	26,7	68	47,9	2,6	-2,6
Pré-hospitalar	7	6,3	13	43,3	20	14,1	-5,2	5,2
CS 1ºs	4	3,6	---	0,0	4	2,8	1,0	-1,0
Cuidados paliativos	1	0,9	---	0,0	1	0,7	0,5	-0,5
SU	8	7,1	1	3,3	9	6,3	0,8	-0,8
UCI	10	8,9	4	13,3	14	9,9	-0,7	0,7
Outro	11	9,8	3	10,0	14	9,9	0,0	-0,0
Utiliza ISBAR								
Não	64	57,1	12	40,0	76	53,5	1,7	-1,7
Sim	48	42,9	18	60,0	66	46,5	-1,7	1,7
Formação específica								
Não	96	85,7	18	60,0	114	80,3	3,1	-3,1
Sim	16	14,3	12	40,0	28	19,7	-3,1	3,1
Horas de formação								
<10 horas	12	75,0	10	83,3	22	78,6	-0,5	0,5
>10 horas	4	25,0	2	16,7	6	21,4	0,5	-0,5
Tipo de formação								
Ação de formação	10	62,5	7	58,3	17	60,7	0,2	-0,2
Curso breve	3	18,8	3	25,0	6	21,4	-0,4	0,4
Congresso	1	6,3	---	0,0	1	3,6	0,9	-0,9
Outro	2	12,5	2	16,7	4	14,3	-0,3	0,3
Contexto da formação								
Formação em serviço	9	56,3	7	58,3	16	57,1	-0,1	0,1
Curso breve	4	25,0	2	16,7	6	21,4	0,5	-0,5
Curso mestrado	1	6,3	---	0,0	1	3,6	0,9	-0,9
Congresso	1	6,3	---	0,0	1	3,6	0,9	-0,9
DEP	---	0,0	2	16,7	2	7,1	-1,7	1,7
INEM	---	0,0	1	8,3	1	3,6	-1,2	1,2
Outro	1	6,3	---	0,0	1	3,6	0,9	-0,9



CONHECIMENTO SOBRE A METODOLOGIA ISBAR

As estatísticas do score da escala de ISBAR mostram oscilar entre um mínimo de zero (0) e um máximo de 24, ao que corresponde um score médio de 12,89, um desvio padrão de 6,12 e um coeficiente de variação com dispersão elevada (> a 30%) em torno da média (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre a metodologia ISBAR

Conhecimento sobre Metodologia ISBAR	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Score global ISBAR	0	24	12,89	6,12	47,48	0,084	-2,166

Partindo do score global dos conhecimentos que variam entre zero (0) e 24 pontos, foram criados grupos de corte para classificar a variável conhecimentos em 3 níveis, da seguinte forma:

- < 8 pontos – Insuficiente nível de conhecimentos ISBAR;
- de 9 a 16 pontos – Razoável nível de conhecimentos ISBAR;
- >16 pontos – Bom nível de conhecimentos ISBAR.

Os níveis de conhecimentos da metodologia ISBAR criados, traduzem que a maioria dos elementos se enquadram num nível satisfatório/razoável de conhecimentos com 42,3%. Esta tendência também se verifica em ambos os géneros. O nível de conhecimentos sobre a metodologia ISBAR não difere face ao género pois não encontramos diferenças significativas ($\chi^2=2,041$; $p=0,360$) (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização dos conhecimentos sobre a metodologia ISBAR em função do género

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	Nº (112)	% (78,9)	Nº (30)	% (21,1)	Nº (142)	% (100,0)	Fem.	Masc.
ISBAR								
Insuficiente	33	29,5	6	20,0	39	27,5	1,0	-1,0
Razoável	44	39,3	16	53,3	60	42,3	-1,4	1,4
Bom	35	31,3	8	26,7	43	30,3	0,5	-0,5

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS VERSUS CONHECIMENTOS SOBRE A METODOLOGIA ISBAR

Com a finalidade de saber se as variáveis sociodemográficas, variáveis académicas e variáveis profissionais influenciam o nível de conhecimento sobre a metodologia ISBAR dando resposta aos objectivos do estudo, formulámos as questões que se seguem.

Questão 1 – Será que as variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos sobre a metodologia ISBAR?

Para aferir da influência do género, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias o domínio dos elementos masculinos nos conhecimentos ISBAR, comparativamente ao género oposto. Contudo, constatamos a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$) pelo que se considera que o género não influencia os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Já para a idade, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os mais novos (21-30 anos) revelam um nível de conhecimentos sobre a metodologia ISBAR mais elevado, e os mais velhos (61-70 anos) menor nível de conhecimentos. Contudo, também aqui, com ausência de significado estatístico ($p>0,05$). O que nos leva a rejeitar a nossa relação, e afirmar que a idade não influencia os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Por fim, relativamente às habilitações académicas, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os enfermeiros com mestrados revelam um nível de conhecimentos mais elevado, e os doutorados menor nível de conhecimentos. Contudo, também aqui, com ausência de significado estatístico ($p>0,05$), leva-nos a aceitar que as habilitações académicas não influencia os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Quadro 2 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas e as variáveis académicas com os conhecimentos sobre ISBAR

Variáveis	Conhecimentos sobre ISBAR Ordenação média	Teste
Género		
Feminino	71,01	Mann-Whitney U=1625,5
Masculino	73,32	
(p)	0,785	
Idade		
21-30 anos	79,69	Kruskal-Wallis KW=2,774
31-40 anos	74,70	
41-50 anos	69,35	
51-60 anos	65,14	
61-70 anos	50,83	
(p)	0,596	
Habilitações		
Bacharelato	81,00	Kruskal-Wallis KW=4,707
Licenciatura	65,95	
Pós-graduação	71,26	
Pós-licenciatura	64,65	
Mestrado	82,86	
Doutoramento	57,00	
(p)	0,453	

Questão 2 – Em que medida as variáveis profissionais influenciam os conhecimentos sobre a metodologia ISBAR?

Para apurar a influência do tempo de experiência profissional, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os que têm menos tempo de serviço revelam um nível de conhecimentos mais elevado, e os inquiridos com mais tempo de serviço menor nível de conhecimentos. Contudo, dada a ausência de significado estatístico ($p > 0,05$), infere-se o tempo de experiência profissional não influencia os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Já para a unidade, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os enfermeiros do pré-hospitalar revelam um nível de conhecimentos mais elevado, e os dos cuidados paliativos menor nível de conhecimentos, com significado estatístico ($p < 0,05$), o que nos leva a aceitar que o nível de conhecimentos sobre a metodologia ISBAR varia em função das unidades de cuidados.

Em relação à utilização da metodologia ISBAR, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias o domínio dos elementos que respondem afirmativamente, comparativamente aos que negam tal utilização, constatando-se a existência de diferenças estatísticas bastante significativas ($p < 0,01$), o que nos leva a aceitar a associação entre a utilização de metodologia ISBAR e o nível de conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Relativamente à formação em ISBAR, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias o domínio dos elementos que respondem afirmativamente, comparativamente aos que negam tal formação. Assim, também aqui, constatamos a existência de diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$), o que nos leva a aceitar a nossa relação e afirmar que a formação em metodologia ISBAR influencia os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Pelas ordenações médias do Teste U de Mann-Whitney, o domínio dos enfermeiros com menos de 10 horas de formação, comparativamente aos que têm mais horas, não apresentam significado estatístico ($p > 0,05$), o que nos leva a afirmar que as horas de formação não influenciam os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.



Por fim, relativamente ao tipo de formação, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os inquiridos que frequentaram cursos breves revelam um nível de conhecimentos mais elevado do que os que frequentam congressos menor nível de conhecimentos, contudo a ausência de significado estatístico ($p > 0,05$), conduz-nos a pensar que neste estudo o tipo de formação não influencia os conhecimentos sobre metodologia ISBAR.

Quadro 3 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com os conhecimentos sobre ISBAR

Variáveis	Conhecimentos sobre ISBAR Ordenação média	Teste
Experiência profissional		
<15 anos	77,79	Kruskal-Wallis KW=4,498
16-30 anos	67,91	
>30 anos	56,06	
(p)	0,106	
Unidade de cuidados		
BO	57,54	Kruskal-Wallis KW=14,245
Enfermaria	70,80	
Pré-hospitalar	98,35	
CS 1 ^{as}	36,75	
Cuidados paliativos	29,00	
SU	68,00	
UCI	69,21	
Outro	66,00	
(p)	0,047*	
Utiliza metodologia ISBAR		
Não	60,97	Mann-Whitney U=1708,0
Sim	83,62	
(p)	0,001**	
Tem formação em ISBAR		
Não	67,16	Mann-Whitney U=1101,5
Sim	89,16	
(p)	0,011*	
Horas de formação		
<10 horas	16,05	Mann-Whitney U=32,0
>10 horas	8,83	
(p)	0,059	
Tipo de formação		
Ação de formação	15,09	Kruskal-Wallis KW=3,207
Curso breve	16,17	
Congresso	1,00	
Outro	12,88	
(p)	0,361	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

4. Discussão

A amostra deste estudo é constituída maioritariamente por mulheres ($n=112$) o que é espetável dado que a Enfermagem, na sua história é uma profissão altamente marcada por ser uma profissão maioritariamente de mulheres (Cunha & Sousa, 2016). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), em Dezembro de 2018, estavam inscritos 73.912 enfermeiros que exerciam atividade nos diferentes contextos, sendo sempre na maioria do género feminino (OE, 2018). O Instituto Nacional de Estatística, apresenta dados que demonstram que em Portugal 82% dos enfermeiros no ativo são do género feminino (INE, 2012).

A maioria dos inquiridos (80.3%) não possui formação específica sobre a metodologia ISBAR, e 53.5% dos enfermeiros nega a utilização desta metodologia, o que nos leva a crer que há enfermeiros que utilizam a metodologia sem serem detentores de formação sobre a mesma. Este facto pode comprometer a segurança dos cuidados dado que os benefícios que advêm da utilização da metodologia ISBAR na prestação de cuidados de saúde são inúmeros, destacando-se a transmissão completa de informação com aparente redução de perda de informação e a promoção da continuidade de cuidados (Burgess et al., 2020). Também Ballangrud et al. (2020) corroboram estes dados, uma vez que no seu estudo concluíram que após o treino e formação em ISBAR, a adesão ao tratamento dos doentes, e as expectativas das equipas face a esse mesmo tratamento eram superiores, situação que permitiu perceber cuidados mais seguros e de qualidade.

Com este estudo comprovamos que ser detentor de formação em metodologia ISBAR influencia o nível de conhecimentos que os enfermeiros possuem sobre a metodologia, situação também testemunhada por Chen et al. (2020). Estes autores desenvolveram um estudo onde compararam o efeito do treino em comunicação ISBAR, em dois grupos (grupo controlo e grupo observacional), e constataram que após duas semanas de treinos, houve uma melhoria significativa das habilidades de comunicação interpessoal e a capacidade de trabalho em equipa.

Atendendo que a maioria dos inquiridos (80.3%) não possui formação específica sobre a temática, e já se comprovou que a formação em metodologia ISBAR influencia o nível de conhecimentos sobre o assunto, não surpreende que 27.5% dos enfermeiros tenha obtido um score de insuficiente nível de conhecimentos sobre a metodologia ISBAR.

Os inquiridos do género masculino são aqueles que mais utilizam a metodologia ISBAR (60.0%). Atendendo que o género masculino é predominante em contexto de pré-hospitalar é expectável que seja nessa tipologia de unidade que se faça mais uso da metodologia ISBAR, situação facilmente entendida dado que diversas entidades recomendam a utilização de ferramentas de padronização da informação e a transmissão estruturada da informação como é o caso do European Resuscitation Council Guidelines 2021 (Soar et al., 2021).

Discutidos os principais resultados, importa referir que este estudo possui algumas limitações. O tamanho reduzido da amostra impede a representatividade da população em estudo. Uma possível justificação poderá prende-se com o período em que o instrumento de colheita de dados esteve disponível, o atraso na agilização dos processos de autorização da sua divulgação pelos diversos intervenientes e a sua divulgação em período de férias de Verão certamente condicionaram o número de respostas. Outra possível limitação prende-se com as próprias características do instrumento de colheita de dados pois quem não conhece a metodologia facilmente poderia desmotivar-se e desistir do preenchimento do questionário. Por fim o facto de não se encontrarem estudos que permitam avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros para mensurar o fenómeno condiciona a comparação de dados.

Não obstante aos resultados é importante salientar que a evidência científica recomenda a utilização da metodologia ISBAR aquando da transmissão de informação e responsabilidades nos cuidados de saúde. A própria DGS em 2017, emanou uma norma que visava a contemplação de formação sobre comunicação que incluía a técnica ISBAR e a monitorização da sua execução de auditorias internas, contudo não se conseguiu consultar estes dados o que leva a crer que a ser cumprida esta norma, os seus resultados não estão a ser divulgados como espectável.

Conclusão

As preocupações com a qualidade e segurança dos cuidados têm vindo nas últimas décadas a ser alvo de constante preocupação e potenciais focos de melhoria. A evidência é inequívoca ao demonstrar que a existência de uma comunicação eficaz e segura é fundamental para a melhoria da segurança do doente. Diversas são as entidades que promovem a utilização da metodologia ISBAR como agente promotor de uma transmissão de informação segura minimizando lapsos e eventos adversos. Neste sentido, foi desenvolvido o presente estudo com o intuito de apurar o nível de conhecimento dos enfermeiros portugueses sobre a metodologia ISBAR.



Inferiu-se que 42.3% dos enfermeiros são detentores de nível razoável de conhecimentos sobre a metodologia ISBAR, 30.3% dos enfermeiros são detentores de um nível bom de conhecimentos e 27.5% dos enfermeiros são detentores de nível insuficiente de conhecimento.

As variáveis profissionais como a unidade onde exerce funções, a utilização da metodologia ISBAR e o facto de ser detentor de formação em comunicação segura e em particular na metodologia ISBAR, influenciam o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. Estes resultados são reforçados pela evidência que demonstra que a frequência de formação específica sobre comunicação e particularmente sobre a metodologia ISBAR predizem um maior nível de conhecimentos e promovem ganhos em saúde.

Em termos de implicações para a prática, este resultados sugerem necessidade de maior investimento nesta área e sensibilização desta metodologia junto dos enfermeiros, tanto a nível académico (com a inclusão desta temática nos conteúdos curriculares) como a nível institucional (com a realização de formação, criação de protocolos e auditorias de monitorização de conhecimentos cumprindo as normas vigentes) não esquecendo a criação de equipas multidisciplinares que podem adequar a utilização da metodologia ISBAR a qualquer contexto de cuidados.

Por último, e tendo por base as implicações da investigação sugerimos a realização de mais estudos nacionais que permitam dados mais representativos sobre a utilização desta metodologia pelos enfermeiros portugueses.

Conflito de Interesses

Os autores declaram a não existência de conflitos de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Os autores agradecem o apoio da Ordem dos Enfermeiros na divulgação do instrumento de colheita de dados, os contributos do Instituto Politécnico de Viseu, e o apoio da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). De igual forma, agradecem a todos os enfermeiros que participaram no estudo.

Referências bibliográficas

- Ballangrud, R., Aase, K., & Vifladt, A. (2020). Longitudinal team training programme in a Norwegian surgical ward: A qualitative study of nurses and physicians experiences with teamwork skills. *BMJ Open*, 10(7), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035432>
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care – A thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto editora.
- Burgess, A., Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Broadfoot, K., Guth, T. (2019). Keys to effective communication. In Moreira, M., French, A. *All Circumstances. In Communication in Emergency Medicine*. (Cap.3) Oxford University Press inc, 320pp. <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190852917.001.0001/med-9780190852917-chapter-3>
- Caple, C. (2018a). *Hand Off: Patient safety*.
- Caple, C. (2018b). Nursing minimum data set. *Cinahl Information Systems*, 13–15. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L35386892%0Ahttp://dx.doi.org/10.1001/jama.288.20.2569%0Ahttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=00987484&id=doi:10.1001%2Fjama.288.20.2569&atitle=Optimal+diets+for+preventi>
- Chen, M., Yin, J., Jia, R., Zhang, H., Yan, R., & Zhang, Y. (2020). Impact of ISBAR communication training on interpersonal communication and teamwork of residents in general practice standardized training. *Technium Social Sciences Journal*, 11(1), 76–83. <https://doi.org/doi.org/10.47577/tssj.v11i1.1609>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (CIPE Versão 2015). Lusodidacta.

Ramos, S., & Cunha, M. (2022).

Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR.

Servir, 2(03), e27163. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>

35

- Ehlers, P., Seidel, M., Schacher, S., Pin, M., Fimmers, R., Kogej, M., & Gräff, I. (2021). Prospective observational multisite study of handover in the emergency department: Theory versus practice. *Western Journal of Emergency Medicine*, 22(2), 401–409. <https://doi.org/10.5811/WESTJEM.2020.9.47836>
- Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Viseu. (2021). Guia orientador de trabalhos escritos. http://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/Final_versao2_GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf
- Hou, Y.-H., Lu, L.-J., Lee, P.-H., & Chang, I.-C. (2019). Positive impacts of electronic hand-off systems designs on Nurses' communication effectiveness. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 1055–1063. <https://doi.org/10.1111/jonm.12774>
- Martin, H. A., & Ciurzynski, S. M. (2015). Situation, Background, Assessment, and Recommendation-guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(6), 484–488. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.05.017>
- Mennela, H., & Heering, H. (2018). Preoperative communication to improve patient safety. *Cinahl information Systems*.
- Moore, M., & Roberts, C. (2019). Handover training in the workplace: Having a chat. *Clinical Teacher*, 16(3), 248–252. <https://doi.org/10.1111/tct.12931>
- Moreno, C. & Rego, G. (2010). Triagem de Manchester: Caracterização do sistema In Rego, G. & Nunes, R. *Gestão da Saúde* (pp. 275-284). Prata & Rodrigues.
- Noh, Y., & Lee, I. (2020). Effects of a stepwise handovers ISBARQ programme among nursing college students. *Nursing Open*, 7(5), 1551–1559. <https://doi.org/10.1002/nop2.537>
- Peran, D., Pekara, J., Cmorej, P., Kohlova, A., & Marx, D. (2019). Clinical handover of patients for specialized centre care from pre-hospital to in-hospital care: A narrative review. *Cardiology Letters*, 28(2–3), 99–108.
- Portugal, despacho nº 1400- A/2015. (2015, Fevereiro 10). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República: II* (28) <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Pun, J., Chan, E., Man, M., Eggins, S., & Slade, D. (2019). Pre- and post evaluations of the effects of the Connect, Ask, Respond and Empathise (CARE) protocol on nursing handover: A case study of a bilingual hospital in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16), 3001–3011. <https://doi.org/10.1111/jocn.14871>
- Ramos, S. Comunicação segura na implementação de cuidados de Enfermagem. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/7308>
- Schmidt, T., Kocher, D., Mahendran, P., & Denecke, K. (2019). Dynamic pocket card for implementing ISBAR in shift handover communication. *Studies in Health Technology and Informatics*, 267, 224–229. <https://doi.org/10.3233/SHTI190831>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djäv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Elsevier*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- The Joint Commission. (2007) World Health Organization - Communication during patient hand-overs. *Patient Safety Solutions*. World. 1(3), 1–4
- Tobin, S., & Watters, D. (2020). Communication: An enabling competency. *ANZ Journal of Surgery*, 90(3), 364–369. <https://doi.org/10.1111/ans.15672>
- Verholen, N., Vogt, L., Klasen, M., Schmidt, M., Beckers, S., Marx, G., & Sopka, S. (2021). Do digital handover checklists influence the clinical outcome parameters of intensive care unit patients? A Randomized controlled pilot study. *Frontiers in Medicine*, 8, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.661343>
- World Health Organization. (2008). Global priorities for patient safety research. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44205>

PROGRAMA DE TREINO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO:
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT TRAINING PROGRAM: AN EXPERIENCE REPORT

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE SOPORTE VITAL BÁSICO PEDIÁTRICO:
RELATO DE UNA EXPERIENCIA

Fátima Prior¹
Francisco Monteiro²
Mónica Costa³
Rita Carneiro⁴
Patricia Henriques⁵

¹Hospital Dr. José de Almeida, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Unidade de Cuidados Intermédios
Pediátricos, Cascais, Portugal (fatima.frazao.prior@hospitaldecascais.pt)
<https://orcid.org/0000-0003-2781-4314>

²Hospital Dr. José de Almeida, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Unidade de Cuidados Intermédios
Pediátricos, Cascais, Portugal (francisco.alves.monteiro@hospitaldecascais.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-6589-0505>

³Hospital Dr. José de Almeida, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Unidade de Cuidados Intermédios
Pediátricos, Cascais, Portugal (monica.costa.monteiro@hospitaldecascais.pt)
<https://orcid.org/0000-0001-8784-9098>

⁴Hospital Dr. José de Almeida, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Unidade de Cuidados Intermédios
Pediátricos, Cascais, Portugal (ana.carneiro.sousa@hospitaldecascais.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-5091-1174>

⁵Hospital Dr. José de Almeida, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Unidade de Cuidados Intermédios
Pediátricos, Cascais, Portugal (patricia.henriques.fernandes@hospitaldecascais.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-8828-9878>

Corresponding Author

Fátima Prior
Avenida Brigadeiro Victor Novais Gonçalves
2755-009 Alcabideche, Cascais, Portugal
fatima.frazao.prior@hospitaldecascais.pt

RECEIVED: 16th August, 2022

ACCEPTED: 16th November, 2022

2022



RESUMO

Introdução: A equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria identificou a necessidade de aumentar a confiança da equipa na realização de manobras de reanimação à criança em estado crítico, tendo sido criado um Programa de Treino em Suporte Básico de Vida Pediátrico em 2 fases.

Objetivo: Treinar em contexto de simulação clínica competências de Suporte Básico de Vida em pediatria.

Métodos: Desenvolvimento de um programa de treino para a prática de competências de reanimação e treino do algoritmo do Suporte Básico de Vida Pediátrico.

Resultados: Participaram no programa 94 formandos: 57 enfermeiros da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, Serviço de Obstetrícia e Pediatria; 5 estudantes da licenciatura em enfermagem; 1 estudante de ensino pós-graduado em enfermagem; e 31 assistentes operacionais da Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria, Serviço de Obstetrícia e Pediatria.

Conclusão: Os formandos reconhecem a utilidade do conteúdo do Programa de Treino em Suporte Básico de Vida Pediátrico na sua prática quotidiana e a adequação dos seus conteúdos.

Palavras-chaves: reanimação cardiopulmonar; treino no trabalho; simulação

ABSTRACT

Introduction: Nursing team members in the Pediatric Intermediate Care Unit identified the need to improve team's confidence in carrying out procedures related to the child in critical condition, being developed a 2 phase Pediatric Basic Life Support Training Program.

Objective: To train in clinical simulation context Basic Life Support skills in pediatrics.

Methods: Development of a training program to practice resuscitation skills and Pediatric Basic Life Support algorithm training.

Results: 94 trainees were trained: 57 nurses from Pediatric Intermediate Care Unit, Obstetric and Pediatric Services; 5 undergraduate nursing students; 1 postgraduate nursing student; and 31 healthcare assistants from Pediatric Intermediate Care Unit, Obstetric and Pediatric Services.

Conclusion: Trainees recognize Pediatric Basic Life Support Training Program' usefulness on their daily practice and the adequacy of its contents.

Keywords: cardiopulmonary resuscitation (MeSH term); on-the-job training (MeSH term); simulation training (MeSH term)

RESUMEN

Introducción: El equipo de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos ha identificado la necesidad de aumentar su confianza en la realización de maniobras de reanimación al niño en estado crítico, habiendo creado un Programa de Entrenamiento en Soporte Vital Básico Pediátrico de 2 fases.

Objetivo: Entrenar en contexto de simulación clínica Habilidades de Soporte Vital Básico en Pediatría.

Métodos: Desarrollo de un programa de entrenamiento para la práctica de habilidades de reanimación y entrenamiento del algoritmo de Soporte Vital Básico Pediátrico.

Resultados: Participaron del programa 94 entrenados: 57 enfermeros de la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos, Servicios de Obstetricia y Pediatría; 5 estudiantes de enfermería; 1 estudiante de posgrado en enfermería; y 31 auxiliares de salud de la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos, Servicio de Obstetricia y Pediatría.

Conclusión: Los entrenados reconocen la utilidad del contenido del Programa de Entrenamiento en Soporte Vital Básico Pediátrico en su práctica diaria y la adecuación de sus contenidos.

Palabras Clave: reanimación cardiopulmonar; entrenamiento en el trabajo; simulación

Introduction

With health care and monitoring capacity evolution, life-threatening situations are increasingly anticipated and preventable, which leads to a loss of teams' expertise in responding to imminent life-threatening situations (Freitas et al., 2017).

For nurses' training, and skills improvement of those professionals who deal in their routine with the dynamics of cardiopulmonary resuscitation applying Basic Life Support (BLS), clinical simulation and its preparation stage contributes to the quality of care and patient safety, which is an important pedagogical articulation regarding nursing' teaching and learning process (Nascimento et al., 2021).

Pediatric Basic Life Support (P-BLS) maneuvers involve a set of linked procedures with the aim to provide oxygen to the brain and heart, without the use of differentiated equipment (INEM, 2017).

The improvement of cardiopulmonary resuscitation competence and teamwork skills can increase its patient population survival rate and patient safety during cardiovascular emergencies (Laco & Stuart, 2021).

Basic Life Support simulation allows nurses' training to act safely in a stressful environment, allows the learning and development of technical skills in resuscitation, as well as improves non-technical skills that include clinical judgment and decision making, thus responding to the need to obtain and maintain high standards of quality in profession exercise (Amaro, 2017).

1. Context and intervention

This Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation program arises from the need identified by nursing team members in the Pediatric Intermediate Care Unit to improve team's confidence in carrying out procedures related to the child in critical condition. This need is in accordance with what we find in evidence (Freitas et al., 2017; Nascimento et al., 2021; Laco & Stuart, 2021; Amaro, 2017) related with Basic Life Support simulation-based experiences in adult patients.

This project has been developed using Standards for Quality Improvement Reporting Excellence for Education (SQUIRE-EDU) framework (Ogrinc, 2016).

With the previous learning diagnosis made, this Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation Program was designed with SQUIRE-EDU structure and according with Portuguese National Institute of Medical Emergencies (INEM) guidelines. This project was design by the first author, which is also an INEM P-BLS instructor.

The major component of this project is simulated practice, integrated into a continuum of know-how learning, and learning through doing.

The project main objective is training in clinical simulation context the resuscitation skills in pediatrics. This general aim was operationalized in the following aims:

- Increase trainees' knowledge on space, resources, and procedures in case of pediatric resuscitation.
- Develop team skills in pediatric resuscitation situations by simulating clinical scenarios.



2. Methods

Development of a training program to practice resuscitation skills and Pediatric Basic Life Support algorithm training.

2.1. Intervention

This training program involves the practice of resuscitation skills and the Pediatric Basic Life Support algorithm review by the team, developing in two phases:

- PHASE 1- all elements of the nursing team and healthcare assistants are trained in pediatric resuscitation skills training (it was initially scheduled for the first semester of 2020, having been suspended due to Covid and resumed in May 2021 and completed in February 2022). In this phase we also included the teams of nursing and healthcare assistants of Obstetrics and Pediatric inpatient services.
- PHASE 2- practice every 2 weeks with problem-case resolution in the unit, involving the professionals assigned to the shift (starting on March 2022 and with all the team elements trained)

In phase 1, training is provided by a certified team member that is also an INEM P-BLS instructor with more than 5 years of experience in an INEM certified center, and by another member previously trained for this program.

The training expositive component is made using a slide show where each moment of the algorithm is explained, and with a workshop in which airway adjuvants are presented and their use explained (nasopharyngeal tube, oropharyngeal tube, pocket mask and manual inflator).

The practical training methodology was the one recommended by INEM – 4-steps method - in which the algorithm procedure is demonstrated in real time in the first step; in the second step the trainer explains and demonstrates each moment of the algorithm; in the third step the trainees state the moment of the algorithm that the trainer will execute; and in the fourth step the trainees execute the different moments of the algorithm. The practical training is done using BLS' pediatric manikins – infant and toddler size, and at this stage (4th step) each trainer accompanies a maximum of 6 trainees.

The materials needed for the practical component are BLS' pediatric manikins (infant and toddler size), and manual insufflators suitable for the size of the infant and toddler manikin, with masks of appropriate sizes for the manikins.

In order to improve trainee's performance during the session debriefing moments are planned at the end of each panel, and an overall debriefing moment at the session end.

Phase 1 training session plan is presented on table 1.

Table 1 – Phase 1 training session plan

Timing	Session moment
15 minutes	Group presentation
25 minutes	Objectives and P-BLS algorithm presentation
15 minutes	Airway Workshop
60 minutes	Panel 1 – Pediatric Life Support with 1 resuscitator
20 minutes	Break
60 minutes	Panel 2- Pediatric Life Support with 2 resuscitators
15 minutes	Session assessment and debriefing

In phase 2, with all the team members trained, cases will be presented to the team, at the Unit's space and using a manikin, in which the team must solve the case in a practical way. Phase 2 training session plan is presented on table 2.

Table 2 – Phase 2 training session plan

Timing	Session moment
5 minutes	Case presentation by the designated trainer, with the presence of the manikin in the unit.
30 minutes	Solving the situation with the involvement of the team members assigned to the shift
15 minutes	Debriefing

Team has described during learning diagnosis that in previous BLS training sessions the evaluation moment stressed them and prevent them to take all the advantage of the learning moment, and because of that reason it was decided that there will be no formal evaluation, and that the program will focus only on practice.

Although there is no trainee's evaluation, the program needed to be assessed, for that reason at the end of each phase 1 session a query was applied in order to understand program relevance on their practice.

During phase 1 all nurses and healthcare assistants of the three services that were included, were trained, on a total of 94 trainees. Phase 2 is being prepared.

2.2. Analysis

All the 94 trainees answered the training session evaluation questionnaire at the end of the training session to evaluate their satisfaction.

The training session evaluation questionnaire (Lusiadas Knowledge Center Model) was applied in order to understand trainees' opinion about this Pediatric Basic Life Support Training Program, specially about the "Usefulness of the training content", "Adequacy of the Program in relation to the contents" and "Overall Course Rating". Answers were on a Likert scale of 0-5, where 0 is not at all useful/adequate and 5 is totally useful/adequate

From the data collected it was designed the frequency table and calculated the average and standard deviation (Std Deviation) in each parameter.

3. Results

A total of 94 trainees were trained: 57 nurses from Pediatric Intermediate Care Unit, Obstetric and Pediatric Services; 5 undergraduate nursing students; 1 postgraduate nursing student; and 31 healthcare assistants from Pediatric Intermediate Care Unit, Obstetric and Pediatric Services.

Individual feedback was given at the debriefing moment, in order to promote trainee's performance, which was perceived by trainers and trainees.

From the session evaluation questionnaire trainees have indicated that skills training sessions in P-BLS have been relevant to their clinical practice, classifying with an average of 4.7 the "Usefulness of the training content" with a 0,478 standard deviation, an average of 4.6 the "Adequacy of the Program in relation to the contents" with an 0.505 standard deviation and 4.7 on the "Overall Course Rating" with an 0,444 standard deviation. Results are presented at Table 3.

Table 3 – Frequency table of results

Usefulness of the training content		Adequacy of the Program in relation to the contents		Overall Course Rating	
Value	Frequency	Value	Frequency	Value	Frequency
3	1	3	1	3	0
4	25	4	32	4	25
5	68	5	61	5	69
Total	94	Total	94	Total	94
Std Deviation	0,478	Std Deviation	0,505	Std Deviation	0,444



4. Discussion

It is recognized that to better respond to life threatening events P-BLS training is essential; It promotes psychomotor and teamwork skills, allowing trainees to better think the space, resources, and procedures in case of pediatric resuscitation.

This P-BLS Training Program had a good team's adhesion in this first phase, recognizing the trained members this program relevance for their daily clinical practice, what is coincident with findings in emergency settings (Amaro, 2017; Laco. & Stuart, 2021).

Briefing and debriefing moments allowed trainees to improve their performance/confidence on the subsequent panels, which was also described in evidence (Nascimento et. al, 2021; Laco & Stuart, 2021).

This program intends to be complementary to the Hospital's BLS Program, which is mandatory to accomplish in accordance with national guidelines every 5 years.

We believe that with phase 2 implementation the team will consolidate the training received on phase 1 and improve their response when P-BLS skills are needed. Their performance will be assessed by peer's review during debriefing, to improve their practice in further situations. An observation chart is being considerate to measure the accomplishment of Program's objectives.

Conclusion

A P-BLS Training Program provides training opportunities to recreate application of skills in a safe environment, allowing trainees to better think the space, resources, and procedures in case of pediatric resuscitation.

Pediatric Basic Life Support Training Program' usefulness is recognized by trainees, as well as the adequacy of its contents.

The attention from other Hospital departments on this program makes us believe that can be reproduced in other contexts, with potential to improve BLS skills on health practitioners.

Conflicts of Interest

None.

Financial Support

This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Previous Presentations

As Poster with title "Treino de competências em reanimação pediátrica: narrativa de uma experiência" at IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, on November 26th, 2021.

As free Communication with title "Treino de competências em Suporte Básico de Vida Pediátrico: um programa em implementação" at IX Encontro de Benchmarking da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, on June 3th, 2022.

References

- Freitas, C.; Preto, E.; Nascimento, C. (2017). Intervenções de enfermagem na monitorização da deterioração clínica da pessoa em enfermaria hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV17025>
- Nascimento, J., Nascimento, K., Regino, D., Alves, M., Oliveira, J., & Dalri, M. (2021). Simulação clínica: construção e validação de roteiro para o Suporte Básico de Vida no adulto. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 11, e44. <https://doi.org/10.5902/2179769254578>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico- versão 3.0- 1ª Edição. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- Laco, C. & Stuart, W. (2021). Simulation-Based Training Program to Improve Cardiopulmonary Resuscitation and Teamwork Skills for the Urgent Care Clinic Staff. *Military Medicine*. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab198>
- Amaro, Pedro (2017). A Simulação Clínica Suporte Imediato de Vida no Serviço de Urgência. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22823/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Enfermagem%20M%C3%A9dico-Cir%C3%BArgica%2C%20a%20Pessoa%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20Cr%C3%ADtica%20-%20Pedro%20Miguel%20Nolasco%20Amaro%20-%20A%20simula%C3%A7%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20em%20suporte%20imediato%20de%20vida%20no%20Servi%C3%A7o%20de%20Urg%C3%AAcia.pdf>
- Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., Stevens, D. 2016. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence), *Journal of Nursing Care Quality*, Volume 31 - Issue 1 - p 1-8. 10.1097/NCQ.0000000000000153

CARACTERIZAÇÃO DO FLUXO ATIVAÇÃO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR

FLOW CHARACTERIZATION INTRA-HOSPITAL MEDICAL EMERGENCY TEAM ACTIVATION

CARACTERIZACIÓN DE FLUJO ACTIVACIÓN DE EQUIPOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS INTRAHOSPITALARIAS

Servir, 2(03), e27555

DOI:10.48492/servir0203.27555

Catarina Conceição Pedro Rocha¹
Maria Augusta Romão da Veiga Branco²

¹Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança (catarina1_rocha@hotmail.com)
<https://orcid.org/0000-0001-5106-2226>

²Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança (aubra@ipb.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-7963-2291>

Corresponding Author
Catarina Conceição Pedro Rocha
Rua campo de aviação, nº24
5300-694 Bragança, Portugal
catarina1_rocha@hotmail.com

RECEIVED: 30th June, 2022
ACCEPTED: 24th November, 2022

2022



RESUMO

Introdução: As equipas de emergência intra-hospitalar têm como principal objetivo a abordagem de situações de deterioração aguda do estado geral do utente.

Objetivo: Conhecer os contextos do percurso do fluxo de ativação, desde o processo inicial até ao destino do utente, numa unidade local de saúde do norte.

Métodos: Estudo de abordagem quantitativa, exploratório, transversal, descritivo, a partir da análise do fluxo de ativações. A amostra é constituída por 78 eventos de ativação, ou seja, acedemos ao conjunto de dados inseridos no documento, após esse número de mobilização de utentes.

Resultados: A amostra é maioritariamente constituída por utentes do género feminino (56,4%), com uma média etária de 70.85 anos. O serviço que mais acionou a equipa de emergência médica intra-hospitalar foi a medicina interna (26.9%), sendo o motivo de ativação mais frequente a paragem cardiorrespiratória (28.2%). O principal destino dos utentes foi o serviço de urgência (26.2%) e a sala de emergência (23.1%).

Conclusão: A causa mais prevalente para a ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar é a paragem cardiorrespiratória. O serviço de medicina interna foi o responsável pela maioria das ativações. Os utentes com maior deterioração clínica foram encaminhados ao serviço urgência e sala de emergência.

Palavras-chaves: equipa emergência intra-hospitalar; fluxo de ativação

ABSTRACT

Introduction: In-hospital emergency teams have as their main objective the approach to situations of acute deterioration of the general condition of the patient's.

Objective: Knowing the contexts of the activation flow path, from the initial process to the patient's destination, in a northern local health unit.

Methods: Quantitative, exploratory, cross-sectional, descriptive study, based on the analysis of the flow of activations. The sample consists of 78 activation events, that is, we access the data set inserted in the document, after this number of patient mobilization.

Results: The sample is mostly made up of female patient (56.4%), with an average age of 70.85 years. The service that most activated the in-hospital medical emergency team was internal medicine (26.9%), with cardiorespiratory arrest being the most frequent reason for activation (28.2%). The main destination of patient was the emergency department (26.2%) and the emergency room (23.1%).

Conclusion: The most prevalent cause for activation of the in-hospital medical emergency team is cardiac arrest. The internal medicine service was responsible for most of the activations. Patient with greater clinical deterioration were referred to the emergency department and emergency room.

Keywords: in-hospital emergency team; activation flow

RESUMEN

Introducción: Los equipos de urgencias hospitalarias tienen como principal objetivo el abordaje de situaciones de deterioro agudo del estado general del paciente.

Objetivo: Conocer los contextos del recorrido del flujo de activación, desde el proceso inicial hasta el destino del paciente, en una unidad de salud local del norte.

Métodos: Estudio cuantitativo, exploratorio, transversal, descriptivo, basado en el análisis del flujo de activación. La muestra consta de 78 eventos de activación, es decir, acedemos al conjunto de datos insertados en el documento, luego de este número de movilización de pacientes.

Resultados: La muestra está compuesta mayoritariamente por pacientes mujeres (56,4%), con una edad media de 70.85 años. El servicio que más activó el equipo de urgencias médicas intrahospitalarias fue medicina interna (26.9%), siendo la parada cardiorrespiratoria el motivo de activación más frecuente (28.2%). El principal destino de los pacientes fue el servicio de urgencias (26.2%) y la sala de urgencias (23.1%).

Conclusión: La causa más frecuente de activación del equipo de urgencias médicas hospitalarias es la parada cardiaca. El servicio de medicina interna fue el responsable de la mayoría de las activaciones. Los pacientes con mayor deterioro clínico fueron derivados al servicio de urgencias y sala emergencias.

Palabras Clave: equipo de emergencia hospitalario; flujo de activación

Introdução

Tal como vai ser apresentado, estas equipas vêm colmatar muitas das dificuldades sentidas na atuação ao doente em enfermaria, que evolui para estado crítico. Este é incapaz de manter a sua estabilidade fisiológica ou apresenta risco de instabilidade fisiológica, falência multiorgânica e cuja sobrevivência depende de meios de monitorização, cuidados intensivos e de terapêutica (OE, 2018), tendo sido esta a principal motivação para a realização deste estudo.

As situações de emergência que ocorrem em ambiente intra-hospitalar, têm vindo a apresentar um crescente interesse no que diz respeito à investigação. É uma temática de extrema importância, visto que a segurança dos cidadãos a nível intra-hospitalar é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (Despacho n.1400-A/2015). De ressaltar que neste ambiente intra-hospitalar são contemplados não apenas os doentes, mas também todos os utentes, familiares e funcionários que se encontram dentro das instalações hospitalares. Neste contexto a Direção-Geral da Saúde (DGS) através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, determinou a criação e implementação, a nível nacional, das Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares (EEMI).

As EEMI são constituídas por um médico e um enfermeiro, com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em suporte avançado vida. Estas respondem, de imediato, em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, devendo todos os profissionais ter conhecimento da sua existência, dos critérios de ativação que justificam a sua intervenção, bem como do processo para a sua correta ativação (DGS,2010).

De acordo com o exposto, foi formulada a questão de investigação: “quais os procedimentos que envolvem o fluxo de ativação da EEMI?”

No sentido de responder a esta questão, foi formulado o objetivo geral, conforme se apresenta:

- Conhecer os contextos do percurso do fluxo de ativação, desde o processo inicial até ao destino do utente.

Por sua vez, os objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra, do ponto de vista sociodemográfico;
- Conhecer os contextos do momento de ativação (processo inicial), do fluxo vivido pelo utente em emergência intra-hospitalar;
- Conhecer os contextos do percurso do fluxo de ativação, vivido pelo utente em emergência intra-hospitalar;

1. Enquadramento Teórico

A criação e implementação, a nível nacional, das EEMI, foi determinada pela DGS através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010. Estas equipas foram desenvolvidas, de forma a garantir uma resposta imediata, dentro das Unidades Hospitalares (Lavonas et al, 2020), e têm como missão, dar resposta eficaz, em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, e ou em contexto de paragem cardiorrespiratória (PCR), 24 horas por dia, 365 por ano. As EEMI são constituídas por um médico e um enfermeiro, com competências avançadas na abordagem do doente crítico, e em suporte avançado vida (DGS,2010).

Mais precisamente a partir do início deste século XXI, verificou-se um interesse crescente relativo à implementação das EEMI, uma vez que estas permitem uma atuação o mais precoce possível, demonstrando a sua operacionalidade, na diminuição da mortalidade e morbilidade intra-hospitalar. As manifestações clínicas mais frequentes para ativação da equipa são: os sinais de dificuldade respiratória, a elevação da frequência cardíaca e a diminuição do débito cardíaco. São igualmente frequentes as manifestações de hipotensão, prostração, letargia, estado confusional ou deterioração do estado de consciência. (Courtenay, Nancarrow, & Dawson, 2013; Joint Commission, 2016)

Os profissionais das EEMI têm como base, uma listagem de critérios de ativação, para as situações de utentes que apresentem deterioração clínica (DGS, 2010; Etter et al., 2014; Hillman et al., 2014).



Os critérios de ativação da EEMI, publicados pela DGS (2010), enunciam-se da seguinte forma: Compromisso da via aérea; Paragem respiratória; Frequência respiratória (FR) < 6 ou > 35 ciclos/minuto (cpm); Saturação Oxigénio (SpO₂) < 85% com oxigénio suplementar; Frequência circulatoria (FC) < 40 ou > 140 batimentos/minuto (bpm); Pressão arterial (PA) sistólica < 90 mmHg; Escala de Coma de Glasgow – diminuição > 2 pontos; Crise convulsiva prolongada ou repetida; Perda súbita de consciência.

Em cada instituição, poderá haver também algumas diferenças, relativamente a ajustes de critérios, nomeadamente no estabelecimento do limiar da FR, FC, PA, bem como, o adicionar ou retirar de critérios (Etter et al., 2014). A ativação pode ser feita por qualquer colaborador, através de uma chamada para o número interno, atribuído a cada unidade hospitalar (Extensão proposta nº 2222). O sistema assegura resposta a toda a população da instituição, incluindo, além dos utentes internados, utentes das consultas, visitantes, profissionais de saúde e outros colaboradores da unidade hospitalar.

No final da intervenção da EEMI, é executado o registo de cada uma destas ativações, e neste deve constar, discriminadamente toda a sua atuação. Assim, deve-se incluir no registo, a data, Serviço/ Área, se houve contacto prévio do médico assistente, vinheta com identificação do doente, a hora em que foi realizada a ativação, a hora da chegada ao local da EEMI e a área hospitalar de onde foi efetivada a ativação. Da mesma forma, o registo deve incluir critérios de ativação, comorbilidades/ patologias, as intervenções realizadas pela EEMI como avaliação de sinais vitais, hipóteses diagnósticas, procedimentos efectuados, terapêutica, evolução, destino do doente, campo para assinatura e nº mecanográfico do médico, enfermeiro e contactante, bem como, um campo para observações/ outros registos. (DGS, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), na Nota Informativa n.º 2/2017, evidencia como objetivos da intervenção destas equipas a redução da mortalidade intra-hospitalar, a redução do tempo de internamento e a redução dos efeitos decorrentes da PCR. Da mesma forma, consideram que as EEMI promovem a formação na área da pessoa em situação crítica e garantem uma equipa organizada para situações de emergência clínica (OE, 2017).

2. Métodos

Para se dar cumprimento aos objetivos estipulados, foi estruturado um estudo de abordagem quantitativa, exploratório, transversal e descritivo. O instrumento de avaliação utilizado neste estudo foi um questionário, organizado para este efeito: “Tipologias e Contextos do Fluxo de Ativação em Doentes em Emergência Médica Intra-Hospitalar” (Rocha, C.C.P., 2022), que após cada utilização, foi analisado, para aceder a todos os registos de ativação da EEMI, no tempo definido para o estudo.

2.1 Amostra

Amostra de carácter intencional, constituída por 78 eventos de ativação, ou seja, acedemos ao conjunto de dados inseridos no documento, após esse número de mobilização de utentes. A nossa amostra trata assim, de observações de documentos, correspondendo ao número de ativações da EEMI incluídas no estudo, que corresponde ao mesmo número de utentes. Destes, 44 eram do género feminino (56.4%) e 34 do género masculino (43.6%). Relativamente à variável idade, é prevalente a faixa etária com mais de 65 anos (71.8%), com uma média etária de 70.85 anos (desvio padrão de 17.28 anos).

2.1.1 Critérios de Inclusão

Como critério de inclusão na amostra, foram considerados todos os eventos de ativação para quaisquer utentes abordados pela EEMI.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) “Tipologias e Contextos do Fluxo de Ativação em Doentes em Emergência Médica Intra Hospitalar” (Rocha, C.C.P., 2022), foi elaborado com base no documento interno de registo hospitalar, de um serviço de urgência de uma unidade local saúde norte. É constituído por três partes. Na primeira, que diz respeito à caracterização amostral (de pessoas mobilizadas), cada uma das variáveis foi operacionalizada da seguinte forma:

género, foi tornada variável ordinal e intervalar; qualitativa com três hipóteses de sub-variável (F/M/outra); idade, tornou-se uma variável categorial, através de três categorias etárias. A variável comorbilidades é uma variável qualitativa, com disponibilidade de sub-variáveis como a hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus DM TI, TII), insuficiência vascular, obesidade, outra. Na segunda parte do IRD, apresenta-se o registo de identificação do serviço que ativa e contexto cronológico (hora acionamento/hora chegada correspondendo ao tempo de acionamento) e descrição de motivo acionamento. A última parte do questionário, diz respeito a duas variáveis de natureza qualitativa, - as medidas implementadas e destino do doente – que se expressa em resposta aberta, que será submetida a análise de conteúdo.

2.3 Procedimentos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição onde foi realizado o estudo, e pelo respetivo Conselho de Administração (Parecer nº 50/2022). Foi assegurada confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato de todos os participantes. Os questionários foram preenchidos e os resultados que serão apresentados, dizem respeito à janela temporal entre janeiro de 2019 a fevereiro de 2022. Para a consecução do Objetivo: Conhecer os contextos do percurso do fluxo de ativação, desde o processo inicial até ao destino do utente. A análise estatística partiu da componente descritiva, dos valores de frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis independentes. A análise de relações entre as variáveis: serviços que ativaram a EEMI, as medidas implementadas e o destino do doente, foram efetuados testes de independência, como o Qui-Quadrado 1. Para estudar a significância estatística, das diferenças entre as variáveis: tempo de ativação e serviços que ativam a EEMI, foi usado o teste one-way ANOVA. Para todos os testes, foram considerados estatisticamente significativos, os valores de p inferiores a 0,05. O tratamento estatístico, foi realizado através do programa Statistical Package Social Science (SPSS) 28.

3. Resultados

Apresenta-se o estudo de caracterização da amostra do ponto de vista sociodemográfico, tal como foi preconizado no primeiro objetivo, através das variáveis que a seguir se expõem (Tabela 1). A amostra constituiu-se por 78 registos de eventos de ativação da EEMI, que naturalmente, dizem respeito ao mesmo número de utentes/pessoas/funcionários, e que foram alvo de intervenção da EEMI. Estes, apresentaram uma média etária de 70.85 anos (desvio padrão de 17.28 anos), composta maioritariamente por utentes do género feminino (56.4%). Em termos de comorbilidades associadas, a hipertensão arterial (HTA) é a mais frequente (56.4%), seguida da obesidade (35.9%) e diabetes mellitus (DM) (25.6%).

Tabela 1 – Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis sociodemográficas, relativas à amostra

	n	%
Sexo		
Feminino	44	56.4
Masculino	34	43.6
Comorbilidades		
HTA	44	56.4
Obesidade	28	35.9
Insuficiência Vascular	9	11.5
DM	20	25.6
Categorias etárias		
Até 45 anos	9	11.5
46 a 65 anos	13	16.7
Mais de 65 anos	56	71.8

Idade: Média 70.85 anos (DP 17.28); Mín: 24; Max: 94

Em média, o tempo de ativação dos diferentes serviços foi de 6.28 minutos (desvio padrão de 14.92 minutos). Os serviços que mais ativaram a EEMI, foram, o serviço de medicina interna (26.9%), o serviço de cirurgia (21.8%), o serviço de ortopedia (21.8%), a consulta externa (9.0%) e o serviço de psiquiatria (6.4%) (Tabela 2). Os motivos de



ativação predominantes são PCR (28.2%), dispneia (15.4%), alteração do estado de consciência (9.0%) e dessaturação (9.0%). No que respeita às medidas implementadas, as mais frequentes foram: a administração de medicação (46.2%), a implementação de suporte avançado de vida (29.5%) e administração de oxigénio (20.5%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Apresentação dos valores absolutos e relativos da variável fluxo de ativação (nº de chamadas por parte dos locais/ espaços/serviços para a Equipa EEMI)

	n	%
Serviço que ativou		
Medicina Interna	21	26.9
Cirurgia	17	21.8
Ortopedia	17	21.8
Consulta Externa	7	9.0
Psiquiatria	5	6.4
Hospital Dia	4	5.1
Diálise	3	3.8
Bloco Operatório	1	1.3
Cozinha	1	1.3
Farmácia	1	1.3
Fisioterapia	1	1.3
Motivo de ativação		
PCR	22	28.2
Dispneia	12	15.4
Alteração do Estado de Consciência	7	9.0
Dessaturação	7	9.0
Hipertensão	5	6.4
Taquicardia	4	5.1
Síncope	3	9.0
Crise Convulsiva	3	3.8
Lipotímia	3	3.8
Edema Agudo Pulmão	2	2.6
Peri-Paragem	1	1.3
Choque Hipovolémico	1	1.3
Bradicardia	1	1.3
AVC	1	1.3
Hipoglicémia	1	1.3
Síndrome Febril	1	1.3
Queda	1	1.3
Medidas implementadas		
Medicação	36	46.2
Suporte Avançado de Vida	23	29.5
Oxigénio	16	20.5
Avaliação de sinais vitais	3	3.8
Soroterapia	3	3.8
Ventilação	2	2.6
TAC	2	2.6
ECG	2	2.6
Entubação Oro-Traqueal	2	2.6
Soroterapia	2	2.6
Via Verde AVC	1	1.3
Imobilização	1	1.3
Tempo de ativação: Média 6.28 min (DP 14.92); Mín: 1, Max: 13		

Os serviços que ativaram a EEMI com menor representatividade (excluindo a cirurgia, medicina e ortopedia), perfilam-se com um tempo de ativação significativamente superior (11.7 minutos e desvio padrão de 26.98 minutos) ($p < 0,001$). O serviço com menor tempo de ativação, é o serviço de ortopedia (média de 3.82 minutos e desvio padrão de 1.33 minutos) (Tabela 3).

Tabela 3 – Apresentação da distribuição dos valores médios (em minutos) dos locais de chamada, relacionados com tempo de ativação consoante serviço

	Média	Desvio Padrão	P
Cirurgia (n=17 ativações)	4.06	1.51	<0.001
Medicina (n=21 ativações)	4.14	2.10	
Ortopedia (n=17 ativações)	3.82	1.33	
Outros (n=23 ativações)	11.70	26.98	

A intervenção de suporte avançado de vida (SAV) é a medida mais frequentemente implementada no serviço de medicina, a partir das respetivas ativações de doentes aí internados. Por outro lado, a administração de oxigénio e administração de medicação são as medidas mais utilizadas no serviço de ortopedia (Tabela 4) no mesmo contexto.

Tabela 4 – Apresentação da distribuição dos valores percentuais das variáveis relacionadas com as medidas implementadas consoante o serviço que acionou EEMI

	Cirurgia		Medicina		Ortopedia		Outros		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
SAV	3	13	12	52.2	1	4.3	7	30.4	<0.05
Oxigénio	5	31.3	4	25.0	7	43.8	0	0	<0.05
Ventilação	2	100	0	0	0	0	0	0	0.061
TAC	0	0	0	0	2	100	0	0	0.061
ECG	1	50	0	0	0	0	1	50.0	0.564
Imobilização	0	0	0	0	0	0	1	100	0.489
Medicação	11	30.6	4	11.1	12	33.3	9	25.0	<0.05
Avaliação Sinais Vitais	1	33.3	0	0	0	0	2	66.7	0.366
Entubação oro-traqueal	0	0	0	0	0	0	2	100	0.179
Fluidoterapia	0	0	0	0	1	50	1	50	0.564
Via verde AVC	0	0	0	0	1	100	0	0	0.304
Soroterapia	0	0	0	0	1	33.3	2	66.7	0.366

Ao analisar o destino do doente após a atuação da EEMI (Tabela 5), constata-se que é no serviço de cirurgia, onde ocorre maior permanência do doente avaliado (41.2%), em oposição ao serviço de medicina onde há menor percentagem de permanência (14.3%) e onde se regista a maior percentagem de óbitos (28.6%). O serviço de ortopedia é aquele onde existe maior transferência do doente (70.6%) após ativação da equipa. Muito embora estas diferenças sejam notórias, não existe relação estatisticamente significativa ($p = 0.242 > 0.05$) para suportar as mesmas. Se houvesse um maior número de registos estas diferenças poderiam, eventualmente, apresentar valores de significância estatística mais evidente.

Tabela 5 – Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais, das variáveis: destino do doente e respetivo serviço que ativou

	Fica no mesmo serviço		Óbito		Serviço Urgência/Sala de emergência		P
	n	%	n	%	n	%	
Cirurgia (n=17 ativações)	7	41.2	1	5.9	9	52.9	0.242
Medicina (n=21 ativações)	3	14.3	6	28.6	12	57.1	
Ortopedia (n=17 ativações)	4	23.5	1	5.9	12	70.6	
Outros (n=23 ativações)	6	26.1	5	21.7	12	52.2	



4. Discussão

O presente estudo partiu de um conjunto de três objetivos, o primeiro, que dizia respeito à análise sociodemográfica de uma amostra de 78 registos de ativações da EEMI. Este conjunto de registos, deixa perceber uma amostra de doentes que necessitaram desta equipa de EEMI, maioritariamente feminina (56.4%) e com uma idade média de 70.85 anos. Ao contrário desta população mobilizada, os estudos anteriores com este foco na ativação de fluxos intra-hospitalares, verificamos que Flórido (2014), e Silva et al. (2016), acederam a este tipo de população em que 78% e 58% eram do género masculino, respetivamente. Nestes dois estudos a média de idades era de 72 e 70 anos, respetivamente, o que vai de encontro à média do presente estudo. Estes valores têm que ser analisados tendo como base a tendência para o aumento da esperança média de vida, associado ao aumento de comorbilidades com maior necessidade de cuidados de saúde (Organização Mundial Saúde, 2016). Os processos de deterioração fisiológica em faixas etárias mais elevadas, estão relacionados com um maior número de comorbilidades associadas e complicações existentes devido a um grau de dependência elevado. Em Portugal, a percentagem da população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou 20.6 % nos últimos 10 anos, representando, atualmente, 23.4% da população portuguesa. (INE, 2021).

A análise dos contextos em que as ativações são realizadas, como consta na formulação do objetivo, é fulcral para se poder melhorar a qualidade da ativação e atuação da EEMI, e como descreve a circular normativa da DGS, para a “melhoria no tratamento dos utentes, diminuição da mortalidade e diminuição de custos” (DGS, 2010).

Relativamente aos contextos do momento de ativação, este estudo demonstrou uma tendência de ativações da EEMI, maior nos serviços de internamento de medicina (26,9%) seguindo-se do serviço de cirurgia (21.8%). A corroborar com este estudo, realizou-se um estudo no centro hospitalar Leiria (Cardo, 2017), que refere que a EEMI foi ativada essencialmente pelo serviço de medicina com registo de um total de 154 ativações, que corresponde a 47.38% do total, estando o serviço de cirurgia logo de seguida com 71 (21.85%) ativações da EEMI.

No que diz respeito ao conhecimento dos contextos do percurso do fluxo de ativação, vivido pelo doente em emergência intra-hospitalar, neste estudo, verifica-se que os motivos de ativação prendem-se essencialmente pela PCR (28,2%), dispneia (15.4%), alteração do estado de consciência (9.0%) e dessaturação (9.0%). Num estudo realizado num hospital do norte de Portugal, entre 2013 e 2015, onde analisaram os principais critérios de ativação, verificaram que o critério de ativação da EEMI referido com maior frequência foram a alteração do estado de consciência (43.2%), seguido da PCR (33.0%) e permeabilidade ameaçada da via aérea (19.2%) (Barbosa et.al., 2016), que vai de encontro aos resultados do estudo.

O tempo médio de ativação, emergente dos diferentes locais da unidade hospitalar, e segundo os registos deste estudo, foi de 6.28 minutos. Este tempo é variável entre os serviços (mínimo de 3.82 minutos no serviço ortopedia e 11.7 minutos em outros serviços), pelas distâncias, da localização dos diferentes serviços na unidade hospitalar. Grande parte deste tempo, é consumido pelo movimento da equipa, através do trajeto a ser percorrido, dentro da Unidade hospitalar, no sentido da eficácia e eficiência, de acordo com a OE (Despacho n.º 9639/2018). Este fator temporal é de extrema importância. Os atrasos na resposta prestada pela EEMI estão associados taxas de sobrevivência mais reduzidas. Por outro lado, situações em que houve uma rápida e eficiente resposta intra-hospitalar, permitiu uma intervenção clínica antes de decorridos 3 minutos após ter sido dado o alerta da emergência, aumentando as taxas de sobrevivência e melhorando o outcome do doente (OE, Despacho n.º 9639/2018).

Se o Suporte Básico de Vida (SBV) não for iniciado com rapidez, a possibilidade de sucesso diminui drasticamente. Espera-se que os profissionais iniciem reanimação, garantindo que todas as PCR intra-hospitalares sejam reconhecidas e que seja iniciado de imediato SBV e, caso necessário, desfibrilhação o mais depressa possível (INEM, 2020).

Winters et al. (2013), na sua revisão da literatura, defende que as mudanças na cultura de ativação da EEMI, o conhecimento dos critérios, o trabalho em equipa e as perceções sobre a utilidade da equipa para enfermeiros e utentes, são importantes influências para a utilização da EEMI.

Conclusão

As equipas de EEMI, desenvolveram-se como estratégia de intervenção precoce, após ser verificado que os utentes apresentam, muitas vezes, sinais de deterioração que antecedem a PCR, ou outras patologias com desenlace eminente, e que, embora internados, não oferece esta unidade de internamento, em que ele se encontra, os serviços e ou apoios, que a situação patológica súbita desencadeada, exige. A este propósito, Soar et.al. (2021), defende mesmo, que o reconhecimento de sinais precoces de agravamento clínico, permite uma intervenção atempada e ainda, reduzir o tempo de internamento hospitalar, o que pode acontecer com a cultura destes fluxos de ativação.

Conhecer o fluxo ativação da EEMI, como resposta aos eventos críticos que ocorrem dentro das Instituições de Saúde, têm sido considerados uma mais-valia, a nível mundial (Winters et.al., 2013).

Partiu-se de uma conjugação de 3 objetivos, para desencadear este percurso metodológico. Para dar resposta ao primeiro objetivo, a caracterização da amostra revelou que de entre os fluxos de ativação estudados, foi mais frequente este tipo de intervenção para mulheres, - e de alguma forma, corroborando a progressão demográfica portuguesa – e menos frequente em homens. O segundo objetivo encontrou resposta a ser verificada uma demora na atuação da equipa em serviços mais distantes, geograficamente. O terceiro objetivo, permitiu verificar que a causa mais prevalente de ativação EEMI é a PCR e no serviço de medicina interna.

Finalmente, e no que respeita ao destino do doente, verifica-se que é no serviço de ortopedia que há maior transferência de doentes para a sala emergência/serviço urgência.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e cultivar o reconhecimento mais precoce de deterioração aguda do doente, em todos os serviços.

Em suma, importa defender três linhas reflexivas para futuro.

A primeira é que importa realçar a pertinência de continuar o estudo relativo a este tipo de contexto e destas variáveis, nomeadamente, o estudo e materialização de uniformização dos critérios de ativação da equipa.

A segunda é que os critérios e ações disponíveis, possam e devam ser conhecidos por todos os profissionais hospitalares, para deles se sentirem informados e sobretudo, que por eles se sintam tranquilos relativamente ao atendimento neste tipo de emergência. Para tanto recomendam-se propostas de divulgação destes resultados e encontros de reflexão inter equipas.

Por último, defende-se a necessidade de prosseguir os estudos relativamente a estes eventos, para poder, a partir de resultados mais amplos, desenvolver estratégias para diminuir o período de tempo de resposta em determinados serviços mais distantes.

Acreditamos que todo este percurso foi progressivo e que durante o mesmo foram potencializados conhecimentos e aprendizagens, tendo-se revelado bastante enriquecedor a nível pessoal, mas também a nível profissional.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança e de todos os intervenientes no estudo.



Referências bibliográficas

- Barbosa, V., Gomes, E., Vaz, S., Azevedo, G., Fernandes, G., Ferreira, A., & Araujo, R. (2016). Falha na ativação da equipe de emergência intra-hospitalar: Causas e consequências. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28, 420–426. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160075>
- Cardo, M. J. (2017). Equipa de emergência intra-hospitalar: Análise das ativações e da perceção da sua importância pelos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Saúde de Leiria, Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2987>
- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Hum Resour Health*, 11, 57. doi:10.1186/1478-4491-11-57
- DGS. (2010). Circular Normativa no 15/DQS/DQCO de 22/06/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdcqco-de-22062010.aspx>
- Eric J. Lavonas, M., MS; David J. Magid, MD, MPH; Khalid Aziz, MBBS, BA, MA, MEd(IT); Katherine M. Berg, MD; Adam Cheng, MD; Amber V. Hoover, RN, MSN; Melissa Mahgoub, PhD; Ashish R. Panchal, MD, PhD; Amber J. Rodriguez, PhD; Alexis A. Topjian, MD, MSCE; Comilla Sasson, MD, PhD (2020). Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association- Edição em português por H.P. Guimarães, MD, PhD, FAHA (2020). In.
- Etter, R., Takala, J., & Merz, T. M. (2014). Intensive care without walls – introduction of a Medical Emergency Team system in a Swiss tertiary care centre. *Swiss Med Wkly*, 144, w14027. doi:10.4414/smw.2014.14027
- Flórido, T. J. S. (2014). Respostas de emergência a pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital: as práticas, os resultados e as opiniões dos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Retrieved from https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type%255B%255D=7&type_communication1%255B%255D=7
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015 | DRE. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Despacho n.º 9639/2018 DRE. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Hillman, K. M., Chen, J., & Jones, D. (2014). Rapid response systems. *Med J Aust*, 201(9), 519-521. doi:10.5694/mja14.01088
- INE (2021). Censos. Retrieved from https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=INEM
- INEM. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. In INEM (Ed.). Retrieved from <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Organização Mundial Saúde (2016), Esperança de Média de Vida Aumenta Cinco Anos Entre 2000 e 2015 Mas As Desigualdades na Saúde Persistem. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/19-05-2016-life-expectancy-increased-by-5-years-since-2000-but-health-inequalities-persist>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Transporte da pessoa em situação. Parecer nº 09 / 2017 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento nº429/2018 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.
- Silva, R., Saraiva, M., Cardoso, T., & Aragão, I. C. (2016). Medical Emergency Team: How do we play when we stay? Characterization of MET actions at the scene. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 24(1), 33. DOI: 10.1186/s13049-016-0222-7
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115-151. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.010
- Winters, B. D., Weaver, S. J., Pfoh, E. R., Yang, T., Pham, J. C., & Dy, S. M. (2013). Rapid-response systems as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*, 158(5 Pt 2), 417-425. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00009

EVOLUÇÃO FUNCIONAL PÓS-FRATURA OSTEOPORÓTICA: ESTUDO DE CASO
FUNCTIONAL PROGRESSION IN POST-OSTEOPOROTIC FRACTURE: A CASE-STUDY
EVOLUCIÓN FUNCIONAL TRAS FRACTURA OSTEORÓTICA: ESTUDIO DE CASO

Ana Rita Almeida Batista¹
Sérgio Manuel Caseiro Anunciação²
Paula Cristina Dias Rocha Cavaleiro Saraiva³
Isabel Maria dos Santos Neves⁴
Gina Isabel Martins Monteiro⁵

¹Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital de Sousa Martins, Serviço de Ortopedia, Guarda, Portugal
(enfritabatista@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0001-5393-2256>

²Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital de Sousa Martins, Serviço de Ortopedia, Guarda, Portugal
(caseiro.sergio@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0001-8599-2309>

³Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital de Sousa Martins, Serviço de Ortopedia, Guarda, Portugal
(rochapinhel@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-7766-7239>

⁴Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital de Sousa Martins, Serviço de Ortopedia, Guarda, Portugal
(ef-_isabel@hotmail.com) | <https://orcid.org/0000-0001-5424-2898>

⁵Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital de Sousa Martins, Serviço de Ortopedia, Guarda, Portugal
(ginamonteiro@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-0561-5659>

Corresponding Author

Ana Rita Almeida Batista
Avenida Rainha Dona Amélia nº22-1ºdto
6300-749 Guarda, Portugal
enfritabatista@gmail.com

RECEIVED: 16th August, 2022

ACCEPTED: 16th November, 2022

2022



RESUMO

Introdução: A osteoporose caracteriza-se pela perda de massa óssea, com consequente aumento da fragilidade do osso e maior suscetibilidade a fraturas. A redução do risco de queda é um ponto crucial na sua prevenção.

Objetivo: Analisar a evolução funcional e os ganhos em independência de um utente com fratura osteoporótica que integrou o Programa TOMBO (Terapêutica Ocupacional Multidisciplinar com Benefício na Osteoporose).

Métodos: Estudo descritivo, retrospectivo, natureza quantitativa. Instrumentos de avaliação: Time Up and Go Test (TUGT), Sit to Stand 30 seg, Teste marcha 10m, Índice de Barthel e Escala de Morse, em cinco momentos diferentes: Alta (M0) e Consultas Multidisciplinares (MD2, MD6, MD12 e MD24).

Resultados: TUGT - M0: 0, MD2: 19 seg, MD6: 9 seg, MD12: 8 seg e MD24: 7 seg. Sit to Stand 30 seg - M0: 0, MD2: 9, MD6: 10, MD12: 13 e MD24: 14 levantes. Teste marcha 10m - M0: 0,33 m/s, MD2: 0,77 m/s, MD6: 1,25 m/s, MD12: 1,83 m/s e MD24: 1,99 m/s. Escala de Morse - M0: 85, MD2: 50, MD6: 15, MD12: 15 e MD24: 15 seg. Índice de Barthel - M0: 60, MD2: 80, MD6: 100, MD12 e MD24: 100.

Conclusão: O utente apresentou melhoria da independência funcional e não voltou a apresentar quedas.

Palavras-chaves: fraturas osteoporóticas; independência funcional; enfermagem de reabilitação

ABSTRACT

Introduction: Osteoporosis leads to bone mass loss with increased bone fragility and susceptibility to bone fracture. Reducing fall risk is crucial to prevent fractures.

Objective: Analyzing function and independence gains in osteoporotic fracture patients, followed in TOMBO program.

Methods: Descriptive, retrospective, quantitative study. Evaluation instruments: Time Up and Go Test (TUGT), Sit to Stand 30 sec, 10 minute walk test, Barthel index, Morse scale at discharge (M0), multidisciplinary consultations (MD2, MD6, MD12 e MD24).

Results: TUGT - M0: 0, MD2: 19 sec e MD6: 8 sec, MD12: 8 seg e MD24: 7 seg. Sit to Stand 30 sec - M0: 0, MD2: 9 e MD6: 10, MD12: 13 e MD24: 14 push-ups. 10 min Walk test - M0: 0,33 m/s, MD2: 0,77 m/s, MD6: 1,25 m/s, MD12: 1,83 m/s and MD24: 1,99 m/s. Morse scale - M0: 85, MD2: 50 e MD6: 15, MD12 and MD24: 15 sec Barthel index - M0: 60, MD2: 80 and MD6: 100, MD12 and MD24: 100.

Conclusion: Patient presented functional gain and diminished fall risk.

Keywords: osteoporotic fractures; functional progression; rehabilitation nursing

RESUMEN

Introducción: La osteoporosis se caracteriza por la pérdida de masa ósea con aumento de la fragilidad del hueso e mayor susceptibilidad a fraturas. La reducción del riesgo de caída es crucial en su prevención.

Objetivo: Analizar la evolución funcional e mejoras en independencia de un paciente con fractura osteoporótica que ha integrado el programa TOMBO.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo e cuantitativo. Instrumentos de evaluación: Time Up and Go Test (TUGT), Sit to Stand 30 seg, prueba de caminata durante 10min, Índice de Barthel e Escala de Morse, en tres momentos: Alta (M0) e Consultas Multidisciplinares (MD2 e MD6).

Resultados: TUGT - M0: 0, MD2: 19 seg e MD6: 8 seg. Sit to Stand 30 seg - M0: 0, MD2: 9 e MD6: 10 levantes. Prueba de caminata de 10 min - M0: 0,33 m/s, MD2: 0,77 m/s, MD6: 1,25 m/s, MD12: 1,83 m/s e MD24: 1,99 m/s. Morse Escala de - M0: 85, MD2: 50 e MD6: 15. Índice de Barthel - M0: 60, MD2: 80 e MD6: 100.

Conclusión: El paciente presento mejoras de independencia funcional e disminución del riesgo de caídas.

Palabras Clave: fracturas osteoporóticas; evolución funcional; enfermería en rehabilitación

Introdução

A osteoporose é uma doença caracterizada pela redução da densidade mineral óssea e deterioração micro estrutural do tecido ósseo, com consequente aumento da fragilidade do osso, e maior suscetibilidade a fraturas (Abtahi et al., 2019; Rodrigues et al., 2018; Marques et al., 2016).

Em idades avançadas, a maior parte das fraturas resultam de eventos de baixo impacto, pelo que a redução do risco de queda é um ponto crucial na sua prevenção (Kerschman, 2016).

Para além das alterações da funcionalidade que implica, a ocorrência de uma fratura osteoporótica associa-se também a um elevado risco de mortalidade da pessoa, acarretando consequências económicas relevantes (Rodrigues et al., 2018; Wong et al., 2020). Também outros autores partilham o facto de que as fraturas osteoporóticas representam um notável encargo para os sistemas de saúde e sociedades em todo o mundo (Marques et al., 2015; Pereira, 2014).

A literatura aponta para o benefício da implementação de programas de exercício e instituição de medidas de segurança em casa, de forma a contribuir para a redução do risco de queda (Ritchey, 2017; Gillespie, 2012).

A inexistência de um projeto específico para a prevenção de novas quedas, das quais podem resultar novas fraturas, levou à criação de um programa inovador com uma intervenção multidisciplinar das equipas de Reumatologia, Nutrição e Enfermagem de Reabilitação da ULSG (Unidade Local de Saúde da Guarda)- Programa TOMBO (Terapêutica Ocupacional Multidisciplinar com Benefício na Osteoporose). O projeto preconiza a intervenção nos domínios da literacia para a saúde no âmbito da prevenção de quedas, implementação de um programa de reabilitação, avaliação e instituição de programa nutricional adequado, bem como uma abordagem farmacológica.

Este estudo pretende demonstrar os ganhos obtidos em evolução funcional e grau de independência, do primeiro utente com fratura osteoporótica, incluído no Programa TOMBO, em que o Enfermeiro de Reabilitação assume um papel preponderante.

1. Enquadramento Teórico

A osteoporose é uma doença crónica e silenciosa, caracterizada pela perda de massa óssea (Compston et al., 2019). É prevalente em indivíduos com mais de 80 anos, constituindo um fator que aumenta a probabilidade de ocorrência de quedas, pela falta de força, mudanças posturais e falta de equilíbrio, contribuindo para uma diminuição da qualidade de vida e disfunção para as atividades diárias (Palmer, 2015).

Aproximadamente 1/3 das pessoas com mais de 65 anos tem uma queda a cada ano, sendo que este risco aumenta com a idade. As quedas são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em adultos, levando, em último caso, à redução da independência, isolamento social e morte. São ainda um fator de risco independente para fratura em indivíduos idosos, pelo que a sua prevenção parece ser tão eficaz como a terapêutica farmacológica, para reduzir o número de fraturas em utentes com osteoporose (Ritchey, 2017).

Uma fratura osteoporótica, também denominada de fragilidade, é uma rutura óssea causada por um trauma de baixo impacto, associado a uma redução da resistência compressiva ou torsional que geralmente ocorre como resultado de uma queda da própria altura (Stolnicki & Oliveira, 2016).

De entre as fraturas de fragilidade, a fratura da extremidade proximal do fémur é um evento dramático que frequentemente requer internamento hospitalar e tratamento cirúrgico, o que induz um stress fisiológico e psicológico significativo no doente (geralmente idoso e frágil), levando potencialmente a uma redução significativa da função e mobilidade, condição essa que se traduz por dependência funcional (Hertz & Santy-Tomlinson, 2018). Daí decorre uma necessidade de cuidados, cujo principal objetivo é inequivocamente, maximizar o potencial funcional do doente, de forma a proporcionar-lhe o retorno mais breve possível ao seu nível de funcionalidade prévio (DGS, 2003).



De acordo com Paiva (2017), o impacto significativo que estas fraturas têm em termos de saúde pública está relacionado com a sua elevada prevalência e com as consequências médicas que acarretam, estimando-se que 50 a 60% dos doentes apresentem algum tipo de perda funcional e/ou motora e apenas 30-40% obtenham um nível de recuperação funcional semelhante ao anterior à fratura (Laires et al., 2015).

Também Orwig et al (2017) afirmam que a ocorrência deste tipo de fraturas, na pessoa idosa, frequentemente causa dependência nas atividades funcionais que pode persistir para lá de 3 meses após a cirurgia. No seu conjunto, o comprometimento do equilíbrio dinâmico, da força do quadríceps e da função contribuem para a incapacidade de fazer marcha autónoma. E, efetivamente, a generalidade das pessoas apresenta dificuldade na marcha após a fratura da anca (Dyer et al., 2016). Importa ter em conta que a capacidade para realização de marcha requer um conjunto de aspetos em articulação: força do quadríceps, equilíbrio dinâmico, resistência (Lee et al., 2015). Nesse sentido, a realização de exercício é um componente central da reabilitação após este tipo de fraturas (Keene et al., 2020).

Wong et al. (2020) realizaram uma meta-análise que mostrou que a intervenção com exercícios produziu efeito benéfico na melhoria da força muscular e do equilíbrio, reduzindo o risco de quedas e consequentes fraturas em pessoas idosas. Também Chen et al. (2020) referem que a realização de treino de equilíbrio nos utentes com fratura da extremidade proximal do fémur melhora a independência nas atividades da vida diária e a marcha.

A reabilitação é um dos pilares fundamentais neste processo, com enfoque na reparação da função e recuperação da independência (Frontera, 2018). O início precoce da reabilitação associa-se a uma melhoria do desempenho funcional e da saúde (Martínez-Velilla et al., 2016).

De acordo com uma revisão sistemática realizada por Bento et al. (2010), programas de exercício, bem como adaptações de segurança em casa reduzem a taxa e o risco de queda. O tipo de exercício avaliado incluiu treinos de força muscular e equilíbrio, realizados em grupo ou no domicílio, sendo que no geral esta intervenção foi eficaz na redução do risco de quedas.

No entanto, existem ainda poucos programas de prevenção de quedas que tenham demonstrado viabilidade, pelo que foi pensada a criação de um programa para minimizar essa lacuna.

Com o intuito de colmatar o precário diagnóstico e tratamento da Osteoporose, com especial destaque para a prevenção secundária, foi desenvolvido o Programa TOMBO. Trata-se de um programa inovador que integra uma equipa multidisciplinar constituída por Reumatologistas, Nutricionista e Enfermeiros de Reabilitação. Esta abordagem multidisciplinar acrescenta valor ao tratamento e acompanhamento destes utentes ao desenvolver uma intervenção ao nível da literacia para a saúde, avaliação do risco de queda, implementação de um programa de reabilitação, instituição de plano nutricional adequado, bem como de terapêutica farmacológica da osteoporose/prevenção secundária.

Esta estrutura organizada permite otimizar os recursos existentes e simultaneamente melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados.

2. Métodos

Foi efetuado um estudo de caso do primeiro utente que integrou o programa TOMBO, uma vez que reunia os critérios de inclusão deste programa (idade <90 anos, com fratura do fémur de baixo impacto e com potencial de recuperação da mobilidade pós-cirurgia). Foram aplicados os instrumentos de avaliação: *Time Up and Go Test* (TUGT), *Sit to Stand em 30 seg.*, Teste de marcha 10 metros, Índice de Barthel e Escala de Morse, em cinco momentos diferentes: Internamento/ momento da alta (M0) e Consultas Multidisciplinares aos 2, 6, 12 e 24 meses após a cirurgia (MD2, MD6, MD12 e MD24).

Para a aplicação do *TUGT*, é necessário que o utente apresente equilíbrio estático e dinâmico, uma vez que este teste pretende avaliar a mobilidade do utente. A realização do teste consiste em o utente levantar-se de uma cadeira, caminhar em linha reta 3 metros, rodar 180 graus e voltar à posição de sentado. Este percurso é cronometrado a partir

do momento em que o utente se desencosta da cadeira, até ao regresso à posição inicial, podendo ser utilizado meio auxiliar de marcha. Segundo Rawlins e Culyer (2004), o tempo igual ou inferior a 10' indica bom desempenho, isto é, desempenho normal para adultos saudáveis e baixo risco de queda, 11' a 20' indica desempenho normal para idosos frágeis ou com deficiência, mas que são independentes na maioria das AVD's e apresentam ligeiro risco de queda; já um tempo entre 21' e 29' significa avaliação funcional obrigatória, abordagem específica sobre risco de queda, uma vez que neste score o risco de queda é moderado; superior ou igual a 30' representa alto risco de queda.

O teste *Sit to Stand em 30 seg.* tem como objetivo testar a força e a resistência das pernas em adultos mais velhos. É um dos testes a aplicar para avaliar a aptidão funcional dos indivíduos, e foi desenvolvido para superar o efeito da gravidade ao levantar e sentar. Para a sua realização, é necessária uma cadeira sem braços, onde o utente deve estar sentado com as costas retas, pés bem apoiados no chão, braços cruzados e mantidos contra o peito. É dada a instrução para se levantar e sentar da cadeira o mais rapidamente que conseguir, sendo monitorizado o número de vezes que o consegue realizar em 30 segundos. Na tabela 1 são apresentados os valores de referência, sendo que uma pontuação inferior ao indicado significa a existência de risco de queda (Rikli e Jones, 1999).

Tabela 1 – Scores de referência para o teste Sit to Stand em 30 segundos

Idade	Homens	Mulheres
60-64	< 14	<12
65-69	<12	<11
70-74	<12	<10
75-79	<11	<10
80-84	< 10	<9
85-89	<8	<8
90-94	<7	<4

Nota. Rikli e Jones, 1999

Com o teste de marcha de 10 metros pretende-se avaliar a velocidade da marcha, em metros por segundo, utilizando uma curta distância (percurso de 10 metros). Este instrumento pode ser interpretado como indicador da mobilidade funcional, da marcha e da função vestibular. O utente caminha sem ajuda numa distância de 20 metros, com ou sem auxiliar de marcha, sendo o tempo cronometrado durante os 10 metros intermédios para permitir aceleração e desaceleração. Esta medição é realizada 3 vezes, com um intervalo de repouso entre elas, e calculado o valor médio das avaliações. A medida deste teste, é convertida em m/s traduzindo a velocidade de marcha (Bohannon, 1997).

A escala de quedas de Morse é constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um, em que, a cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens, resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos; quanto maior for o score alcançado, maior será a possibilidade do avaliado vir a sofrer uma queda (Costa-Dias et al, 2014).

Quanto ao Índice de Barthel, a escala avalia o nível de independência do utente na realização das atividades de vida diárias: comer, higiene pessoal, utilização do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. A pontuação da escala varia entre 0-100, sendo que a pontuação mínima de zero corresponde a uma maior dependência, e a máxima de 100 equivale a uma independência total para as AVD's (Araújo et al, 2007).

Este estudo pretende explicar os benefícios de uma abordagem multidisciplinar destacando o desempenho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ao primeiro utente que integrou o Programa TOMBO, implementado no período compreendido entre setembro de 2019 e janeiro de 2022. De referir que foram respeitados todos os procedimentos éticos legais da ULSG, bem como o consentimento informado do utente.



Trata-se de um utente do sexo masculino, 83 anos de idade que recorreu ao serviço de urgência por impotência funcional do membro inferior direito. Confirmado diagnóstico de fratura sub-capital do fémur direito após realização de RX e TAC complementar da bacia. Utente consciente e orientado, previamente independente para a marcha e Atividades de Vida Diárias. Medicado habitualmente com Tromalyt® (dias alternados), Lisinopril® e Hidroclorotiazida® 20mg +12,5mg e Pravastatina® (dias alternados). Sem hábitos tabágicos, alcoólicos e sem alergias conhecidas. Exame objetivo: peso 70Kg, altura 167cm, evidência de deformidades da coluna (cifose dorsal) e exame reumatológico e neurológico, normais.

Foi admitido no serviço a 04/09/2019, mantido membro tracionado com 3Kg sem complicações neurocirculatórias até à intervenção cirúrgica. Submetido a Hemiartroplastia bipolar cimentada da anca direita a 09/09/2019 sem registo de intercorrências peri-operatórias. RX de controlo evidencia prótese bem implantada. Pós-operatório decorreu sem incidentes. Às 24 horas pós-cirurgia iniciou mobilizações passivas e ativas-assistidas/ativas do membro intervencionado, verticalização e treino de marcha a três pontos com apoio de andarilho e terceira pessoa.

Reunidos os critérios de inclusão para integração no Programa TOMBO, o utente integrou o programa, dando-se início ao planeamento da abordagem multidisciplinar ao longo dos cinco momentos atrás referenciados.

Deu-se início à implementação do Programa pelos Enfermeiros de Reabilitação no M0, com a realização de sessão de literacia para a saúde, em que são abordadas as seguintes temáticas: ensino sobre osteoporose e principais consequências, fatores de risco para quedas, importância da atividade física na prevenção de complicações e a importância de integrar um programa multidisciplinar com diferentes abordagens. Foi entregue um folheto “Osteoporose e Prevenção de Quedas” para complementar a sessão. Após a alta, o utente foi avaliado em Consultas Multidisciplinares- M2, M6, M12 e M24.

Na M2 a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação consistiu no envolvimento do utente através da visualização de um vídeo educacional em que alerta para as abordagens farmacológicas e não farmacológicas na prevenção da osteoporose e prevenção de quedas. Foram instruídos e treinados numa sessão de 20 minutos, exercícios de mobilidade do tronco, mobilidade e fortalecimento dos membros superiores e inferiores com pesos 0,5 kg. O utente realizou treino de marcha com meio auxiliar, para se verificar o cumprimento correto da sequência. Foi ainda fornecido folheto “Guia de Exercícios – Osteoporose”, para assegurar a continuidade do plano de exercícios no domicílio, com repetição de cada um 10 vezes numa frequência diária.

Na M6 manteve-se a instrução e treino de exercícios de equilíbrio e de força com aumento da intensidade, e do peso utilizado para 1 Kg, numa sessão de 30 minutos, com o objetivo de mais rapidamente capacitar para as AVD's.

Entre a M2 e M6 para garantir um acompanhamento do utente, o projeto contempla a realização de duas consultas de follow-up telefónico que permitem auscultar a adesão ao plano de exercícios, distância percorrida diariamente, meio de marcha utilizado e ocorrência de novas quedas. Esta consulta telefónica permite o esclarecimento contínuo de quaisquer dúvidas e o encaminhamento em situações que não estejam previstas. Também o utente do estudo, participou nas consultas de *follow up* telefónico, sem registo de complicações e com uma adesão exemplar ao plano instituído.

Na M12 e M24, uma vez que o utente já se encontrava autónomo na marcha sem necessidade de meio auxiliar, foi feito o reforço da importância de se manter ativo.

Em todas as consultas foram aplicados os testes de funcionalidade descritos anteriormente.

3. Resultados

No que respeita aos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, estes traduziram-se na evolução positiva nos status dos diagnósticos;

A nível do internamento foram trabalhados os diagnósticos: movimento muscular, levantar-se, e andar com auxiliar de marcha, todos eles com evolução do status de dependente em grau moderado para um status independente.

No M0 e nas consultas multidisciplinares, mantém-se a avaliação do utente no que respeita a mobilidade, força e resistência das pernas, velocidade da marcha, risco de queda e auto-cuidados.

Relativamente à aplicação dos testes de avaliação, no que respeita ao *TUGT*, verificamos que no M0 o utente não teve capacidade física para executar o teste, o que não se verificou nas consultas seguintes. MD2: 19 seg, MD6: 9 seg. MD12: 8 seg e MD24: 7 segundos.

No que diz respeito ao teste *Sit to Stand* em 30 seg., no M0, o utente não conseguiu executar o teste. Na MD2 conseguiu realizar 9 levantes, na MD6- 10 levantes, na MD12- 13 levantes e na MD24- 14 levantes.

No teste de marcha de 10m verificaram-se nos cinco momentos de avaliação os seguintes resultados: M0: 0,33m/s; MD2: 0,77m/s; MD6: 1,25m/s; MD12: 1,83m/s e MD24: 1,99m/s.

Da aplicação da Escala de Morse, os resultados obtidos são: M0: 85; MD2: 50; MD6: 15; MD12: 15 e MD24: 15.

Da aplicação do Índice de Barthel obtiveram-se os seguintes resultados: M0: 60; MD2: 80; MD6, MD12 e MD24: 100.

Os resultados aparecem esquematizados na tabela que se segue (tabela 2):

Tabela 2 – Resultados dos instrumentos aplicados nos cinco momentos de avaliação

Instrumento aplicado	Momentos de Avaliação				
	M0	MD 2	MD 6	MD 12	MD 24
Time Up and Go Test (TUGT)	0	18,8	9	8	7
Sit to Stand 30 seg	0	9	10	13	14
Teste de marcha de 10m (m/s)	0,33	0,77	1,25	1,83	1,99
Escala de Morse	85	50	15	15	15
Índice de Barthel	60	80	100	100	100

4. Discussão

O primeiro utente que integrou o Programa TOMBO, e que por conseguinte, beneficiou de uma abordagem inovadora, na qual foi feito um acompanhamento por parte de uma equipa multidisciplinar constituída por Reumatologistas, Nutricionista e Enfermeiros de Reabilitação ao longo de um período de 24 meses após a cirurgia do foro ortotraumatológico, apresentou uma clara melhoria no seu desempenho, traduzida nos resultados dos testes aplicados nos vários momentos de avaliação.

De realçar que durante o período de internamento não foi possível proceder à realização efetiva dos testes *Sit to Stand* e *TUGT*, aspeto que pensamos estar associado a diversos fatores, designadamente o stress pós cirúrgico, anemia (hipovolémia), condição física prévia e período de internamento reduzido.

No entanto, nos momentos de avaliação seguintes, constatou-se uma melhoria gradual dos resultados da aplicação destas escalas, que traduz uma melhoria da performance física do utente, o que é expectável no horizonte temporal da avaliação, associado à presença de calo ósseo, tal como sugere a literatura.

Melhor desempenho no *TUGT* está associado a melhor desempenho funcional em idosos (Wamser et al, 2015). Um tempo mais rápido/curto indica um melhor desempenho funcional. De acordo com os *scores standard* do *TUGT*, no momento da alta (M0), o utente tinha a mobilidade muito comprometida (score 0), aos 2 meses do pós-operatório, o estado já era compatível com um desempenho normal para idosos frágeis, mas que são independentes na maioria das AVD's mas ainda apresentam ligeiro risco de queda (score de 18,8 seg.); a partir dos 6 meses, o desempenho foi considerado normal para adultos saudáveis e um risco de queda, baixo (scores ≤ 9).



Segundo, Rikli e Jones (1999), quanto mais força e resistência tivermos nas pernas, menor vai ser o risco de queda. Pela aplicação do Sit to Stand em 30 seg. ao utente do estudo, verifica-se no M0, a força e resistência das pernas era nula (score 0) e na MD2, apesar de ter havido evolução, o risco de queda ainda era considerado (score <10). De realçar que os ganhos em aptidão funcional e a diminuição do risco de queda, começaram a ter mais impacto a partir da MD6 (scores de 10,13 e 14, respetivamente na MD6, MD12 e MD 24).

Com o envelhecimento, verifica-se que a velocidade da marcha, o equilíbrio e a mobilidade diminuem, estando estas variáveis associadas entre si. Contudo, a velocidade da marcha em adultos é importante devido à necessidade de inserção na sociedade o mais precocemente possível, nomeadamente através da realização de AVD's de forma independente (Ritchey, 2017). Daí, a reabilitação do nosso utente assumir um papel fundamental não só na avaliação destas variáveis, para identificar precocemente o risco de queda, mas também na implementação de estratégias adequadas, de forma que este conseguisse melhorar a sua performance. Os resultados da aplicação do teste de marcha dos 10m, sustentam este progresso, uma vez que o utente evoluiu de 0,33m/s na M0, para 1,99m/s, 2 anos após a cirurgia (MD24).

Da aplicação da Escala de Morse, os resultados obtidos indicam que no M0 e MD 2, o risco de queda é alto, mas a partir da MD6, o risco de queda passa a baixo, sendo que, o único fator de risco que persiste, é um fator de risco não modificável, e está relacionado com o histórico de doença.

Relativamente à avaliação do utente para a capacidade de realização das AVD's, no M0 e MD2, foi visível dependência moderada a reduzida, com necessidade de ajuda sobretudo no banho, vestir e despir e mobilidade, mas é evidente uma melhoria com total independência para as AVD'S após os 6 meses do programa (Barthel 100).

A integração do utente neste programa, veio demonstrar o seu benefício, visto que o utente passou de um nível de maior dependência para um nível de independência, como podemos comprovar através da análise dos respetivos scores. De realçar que os scores da avaliação aos 6 meses (MD 6) após a intervenção cirúrgica, são fundamentais para se poder inferir que é o "ponto-chave" onde se pode observar uma evolução significativa no que respeita ao incremento da capacidade funcional e autonomia da pessoa e à diminuição do risco para nova queda.

No futuro, sugere-se a sua implementação em populações com características similares, e consequentemente o estudo do seu impacto em próximas investigações. Por se tratar de um estudo de caso, os resultados obtidos têm baixa representatividade e baixa possibilidade de generalização, embora este estudo possa vir a complementar outras pesquisas na área.

De forma a capacitar o utente e facilitar a sua continuidade do programa no que respeita à prática de atividade física, encontra-se em elaboração um novo folheto com exercícios integrados nas AVD's a ser entregue na MD12.

Conclusão

Nesta abordagem, através da otimização dos recursos existentes, foi desenvolvida uma intervenção abrangente ao nível da implementação de um plano de reabilitação/exercícios, plano nutricional adequado, e plano terapêutico farmacológico da osteoporose/prevenção secundária, o que veio acrescentar valor ao tratamento e acompanhamento deste utente, melhorando a qualidade dos serviços de saúde prestados.

O presente estudo revelou que o utente que sofreu fratura osteoporótica e que foi inserido no Programa TOMBO, beneficiou de uma abordagem inovadora e multidisciplinar, na qual o Enfermeiro de Reabilitação teve um papel relevante nos diferentes momentos de implementação (internamento/momento da alta e consultas multidisciplinares), tendo apresentado uma melhoria da independência funcional traduzido pela evolução favorável dos resultados dos testes e escalas aplicados, sem registo de novas quedas.

Referências bibliográficas

- Abtahi, S., Driessen, J. H. M., Vestergaard, P., van den Bergh, J., Boonen, A., de Vries, F., & Burden, A. M. (2019). Secular trends in major osteoporotic fractures among 50+ adults in Denmark between 1995 and 2010. *Osteoporosis International*, 30(11), 2217–2223. <https://doi.org/10.1007/s00198-019-05109-0>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>
- Bento, P. Cesar; Rodacki, A. Luíz; Homann, Diogo; Leite, Neiva (2010) Physical exercises and risk of fall reduction in elderly: a systematic. *Rev. Bras. Cineantropom desempenho hum.* 12(6). <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2010v12n6p471>
- Bohannon RW. (1997). Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants. *Age Ageing*. Jan;26(1):15-9. doi: 10.1093/ageing/26.1.15. PMID: 9143432
- Chen X, Yang W, Wang X. (2020). Balance training can enhance hip fracture patients' independence in activities of daily living: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. Apr;99(16):e19641. doi: 10.1097/MD.00000000000019641. PMID: 32311935; PMCID: PMC7440254
- Compston, J., Mcclung, M., Leslie, W. (2019). Osteoporosis. *Lancet*, v.393; n. 10169: 364-376. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32112-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32112-3/fulltext).
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista Referência*. doi: 10.12707/RIII1382
- Direção-geral da saúde (2003) – Fraturas da extremidade proximal do fémur no idoso, recomendações para intervenção terapêutica. Lisboa. Orientações Técnicas. Ministério da Saúde
- Dyer, S.M., Crotty, M, Fairhall, N, et al. (2016) Fragility Fracture Network (FFN) Rehabilitation Research Special Interest Group. A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatr*.16(1):158. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0332-0>. PMID: 27590604; PMCID: PMC5010762
- Frontera, W.R. (2018) Physical Activity and Rehabilitation in Elderly. In: Masiero S., Carraro U. (eds) *Rehabilitation Medicine for Elderly Patients. Practical Issues in Geriatrics*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57406-6_1
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M., & Lamb, S.E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD007146, doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3
- Hertz, K., Santy-Tomlinson, J. (2018). *Fragility Fracture Nursing*. Springer International Publishing, 158 (1). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2>
- Kerschman-Schindl K. (2016). Prevention and rehabilitation of osteoporosis. *Wien Med Wochenschr*, 166(1-2):22-7. doi: 10.1007/s10354-015-0417-y
- Keene, D. J., Forde, C., Sugavanam, T., Williams, M. A., & Lamb, S. E. (2020) Exercise for people with a fragility fracture of the pelvis or lower limb: a systematic review of interventions evaluated in clinical trials and reporting quality. *BMC musculoskeletal disorders*, 21(1), 435. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03361-8>
- Laires, P.A., Perelman, J., Consciência, J.G., Monteiro, J. & Branco, J.C. (2015). Atualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fraturas da extremidade proximal do fémur. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 40: 223-230.
- Lee K.B., Lim S.H., Ko E.H., Kim Y.S., Lee K.S., Hwang B.Y.. (2015) Factors related to community ambulation in patients with chronic stroke. *Top Stroke Rehabil*. 22(1):63-71. <https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000001>
- Marques, A., Lourenço, Ó., da Silva, J. A., & Portuguese Working Group for the Study of the Burden of Hip Fractures in Portugal (2015). The burden of osteoporotic hip fractures in Portugal: costs, health related quality of life and mortality. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 26(11), 2623–2630. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3171-5>
- Marques, A., Rodrigues, A. M., Romeu, J. C., Ruano, A., Barbosa, A. P., Simões, E., Águas, F., Canhão, H., Alves, J. D., Lucas, R., Branco, J. C., Laíns, J., Mascarenhas, M., Simões, S., Tavares, V., Lourenço, O., & da Silva, J. A. (2016). Multidisciplinary Portuguese recommendations on DXA request and indication to treat in the prevention of fragility fractures. *Acta reumatologica portuguesa*, 41(4), 305–321
- Martínez-Velilla, N., Cadore, E. L., Casas-Herrero, Á., Idoate-Saralegui, F., & Izquierdo, M. (2016). Physical Activity and Early Rehabilitation in Hospitalized Elderly Medical Patients: Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *The journal of nutrition, health & aging*, 20(7), 738–751. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0683-4>



- Orwig, D., Mangione, K. K., Baumgarten, M., Terrin, M., Fortinsky, R., Kenny, A. M., Gruber-Baldini, A. L., Beamer, B., Tosteson, A., Shardell, M., Magder, L., Binder, E., Koval, K., Resnick, B., Craik, R. L., & Magaziner, J. (2017). Improving community ambulation after hip fracture: protocol for a randomised, controlled trial. *Journal of physiotherapy*, 63(1), 45–46. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.10.001>
- Paiva, S. (2017). Incidência de fratura da extremidade proximal do fémur em mulheres pós-menopáusicas e a mortalidade pós-evento. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8086/1/5450_10952.pdf
- Palmer, K. T., & Goodson, N. (2015). Ageing, musculoskeletal health and work. *Best practice & research Clinical rheumatology*, 29(3), 391–404. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.03.004>
- Pereira, J. T. S. (2014). Custos Diretos e indiretos das fraturas osteoporóticas da anca em Portugal Continental. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/37302/1/Custos%20directos%20e%20indirectos%20das%20fraturas%20osteoporoticas%20da%20anca%20em%20Portugal%20continental.pdf>
- Rawlins, MD, & Culyer, AJ (2004). Instituto Nacional de Excelência Clínica e seus julgamentos de valor. *BMJ*, 329 (7459), 224-227. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7459.224>
- Ritchey K., Olney A., Shofer J., Phelan E.A., Matsumoto A.M. (2017). Implementation of a fall screening program in a high risk of fracture population. *Arch Osteoporos.* 31;12(1):96. doi: 10.1007/s11657-017-0393-5. PMID: 29090360
- Rikli, R.E. and Jones, C.J. (1999) Functional Fitness Normative Scores for Community-Residing Older Adults, Ages 60-94. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, 162. <https://doi.org/10.1123/japa.7.2.162>
- Rodrigues, A. M., Canhão, H., Marques, A., Ambrósio, C., Borges, J., Coelho, P., Costa, L., Fernandes, S., Gonçalves, I., Gonçalves, M., Guerra, M., Marques, M. L., Pimenta, S., Pinto, P., Sequeira, G., Simões, E., Teixeira, L., Vaz, C., Vieira-Sousa, E., Vieira, R. (2018). Portuguese recommendations for the prevention, diagnosis and management of primary osteoporosis- 2018 update. *Acta reumatologica portuguesa*, 43(1), 10–31
- Stolnicki, B.; Oliveira, L. (2016). For the first fracture to be the last / Para que a primeira fratura seja a última. *Revista Brasileira de Ortopedia*, [s. l.], v. 51, n. 2: 121-126. DOI 10.1016/j.rboe.2016.01.005.
- Wamser, E., Valderramas, S. (2015). Melhor desempenho no teste cronometrado está associado ao melhor desempenho funcional em idosos da comunidade. *Geriatrics Gerontology e Envelhecimento* 9(2):138-143. Doi: 10.5327/Z2447-2115201500040003
- Wong, R., Chong, K. C., Law, S. W., Ho, W. T., Li, J., Chui, C. S., Chow, S., & Cheung, W. H. (2020). The effectiveness of exercises on fall and fracture prevention amongst community elderlies: A systematic review and meta-analysis. *Journal of orthopaedic translation*, 24, 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.jot.2020.05.007>

IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NO DIA-A-DIA DAS NOSSAS CRIANÇAS

THE IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC ON CHILDREN'S DAILY ROUTINES

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL DIA-A-DIA DE LOS NIÑOS

Joana Patrícia Santos Coelho Almeida Abrantes¹

Inês Filipa de Sousa e Candeias²

¹Mestrado Integrado em Medicina, Interna de formação específica do 4º ano da especialidade de Medicina Geral e Familiar, Guarda, Portugal (joana.c.abrantes@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-7172-8117>

²Mestrado em Medicina, Interna de formação específica do 4º ano da especialidade de Medicina Geral e Familiar, Évora, Portugal (inessousacandeias@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0001-9702-1008>

Corresponding Author

Inês Filipa de Sousa Candeias
Rua Farol do alentejo, nº 12
7000-056 Évora, Portugal
inessousacandeias@gmail.com

RECEIVED: 6th September, 2022

ACCEPTED: 11th November, 2022

2022



RESUMO

Introdução: As medidas contra a pandemia da COVID-19 são um desafio para crianças e pais e os efeitos prejudiciais para a saúde infantil estão documentados especialmente a partir de medidas de isolamento social e encerramento das escolas.

Objetivo: Estudar o impacto do confinamento no dia-a-dia das nossas crianças e na sua saúde.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, com foco transversal. Com uma amostra constituída por 280 pais de crianças da região geográfica Alentejo, designadamente dos concelhos de Elvas e Campo Maior, Região de saúde: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Administração Regional de Saúde do Alentejo. Aplicado como instrumento de recolha de dados um questionário ad hoc, disponibilizado on-line.

Resultados: Os resultados revelam que, numa amostra de 53,6% das crianças do género masculino e 46,4% do feminino, com uma média de idade de $9,11 \pm 2,56$ anos, 22 crianças (7,9%) tiveram a necessidade de encaminhamento para a consulta especializada em psicologia/psiquiatria, com 6,1% a ser encaminhada para a consulta especializada em psicologia e, com igual valor percentual (0,7%, respetivamente) para a consulta de psicologia/psiquiatria e consulta de psiquiatria. Desde o início da pandemia, foi diagnosticado algum problema psicológico a 10 crianças (3,6%). Destas crianças, 4 (25,0%) revelaram ansiedade, 4 (25,0%) falta de competência social, 2 (12,0%) ataques de pânico, 2 (12,0%) défice de atenção e 1 (6,0%) sintomas depressivos; 87,5% manifestaram mais apetite, 71,4% agitadas, 17,1% aborrecidas e com dificuldades em concentrar-se. As rotinas que sofreram maior alteração durante o isolamento foram o tempo para a atividade física (97,9%), tempo de brincadeira (91,0%), horário de acordar (42,5%), horário de deitar (37,9%), horário de estudo (37,9%) e horário das refeições (17,1%).

Conclusão: Os resultados sugerem um trabalho em equipa multiprofissional e intersectorial para que estratégias eficazes possam ser concebidas para minimizar os efeitos da pandemia na saúde das nossas crianças.

Palavras-chaves: COVID-19; saúde; crianças

ABSTRACT

Introduction: The measures against the pandemic of COVID-19 are a challenge for children and parents and the detrimental effects on children's health are documented especially from social isolation measures and school closures.

Objective: To study the impact of confinement on our children's daily lives and their health.

Methods: Quantitative, descriptive study with a cross-sectional focus. Sample consisting on 280 parents of children from the geographical region of Alentejo, namely Elvas and Campo Maior counties, Health Region: Regional Health Administration of Alentejo. An ad hoc questionnaire was applied as data collection resource, available online.

Results: The results reveal that, in a sample of 53.6% of male children and 46.4% of female children, with a mean age of $9,11 \pm 2,56$ years, 22 children (7.9%) had the need for referral to specialized psychology/psychiatry consultation, with 6.1% being referred to specialized psychology consultation and, with an equal percentage value (0.7%, respectively) to psychology/psychiatry consultation and psychiatry consultation. Since the beginning of the pandemic, 10 children (3.6%) were diagnosed with some psychological problem. Of these children, 4 (25.0%) showed anxiety, 4 (25.0%) lack of social competence, 2 (12.0%) panic attacks, 2 (12.0%) attention deficit and 1 (6.0%) depressive symptoms; 87.5% showed more appetite, 71.4% were agitated, 17.1% were bored and had difficulty concentrating. The routines that suffered the greatest change during isolation were time for physical activity (97.9%), play time (91.0%), wake-up time (42.5%), bedtime (37.9%), study time (37.9%), and meal times (17.1%).

Conclusion: The results suggest a multi-professional and intersectoral teamwork so that effective strategies can be designed to minimize the effects of the pandemic on the health of our children.

Keywords: COVID-19; health; children

RESUMEN

Introducción: Las medidas contra la pandemia de COVID-19 son un reto para los niños y los padres y los efectos perjudiciales para la salud de los niños están documentados, especialmente por las medidas de aislamiento social y el cierre de escuelas.

Objetivo: Estudiar el impacto del encierro en la vida cotidiana de nuestros hijos y en su salud.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo con enfoque transversal, en una muestra compuesta por 280 padres de niños de la región geográfica de Alentejo, en particular de las áreas de Elvas y Campo Maior, Región Sanitaria: Administración Regional de Salud de Alentejo. Se aplicó como instrumento de recogida de datos una encuesta ad hoc, disponible en línea.

Resultados: Los resultados revelan que, en una muestra de 53,6% de niños varones y 46,4% de niñas, con una edad media de $9,11 \pm 2,56$ años, 22 niños (7,9%) tuvieron la necesidad de ser derivados a la consulta de psicología/psiquiatria especializada, siendo el 6,1% derivados a la consulta de psicología especializada y, con igual valor porcentual (0,7%, respectivamente) a la consulta de psicología/psiquiatria y a la consulta de psiquiatria. Desde el inicio de la pandemia, 10 niños (3,6%) fueron diagnosticados con algún problema psicológico. De estos niños, 4 (25,0%) mostraban ansiedad, 4 (25,0%) falta de competencia social, 2 (12,0%) ataques de pánico, 2 (12,0%) déficit de atención y 1 (6,0%) síntomas depresivos; el 87,5% mostraba más apetito, el 71,4% estaba agitado, el 17,1% se aburría y tenía dificultades de concentración. Las rutinas que sufrieron un mayor cambio durante el aislamiento fueron el tiempo de actividad física (97,9%), el tiempo de juego (91,0%), la hora de levantarse (42,5%), la hora de acostarse (37,9%), la hora de estudiar (37,9%) y la hora de comer (17,1%).

Conclusión: Los resultados sugieren un trabajo en equipo multiprofesional e intersectorial para poder trazar estrategias eficaces que minimicen los efectos de la pandemia en la salud de nuestros niños.

Palabras Clave: COVID-19; salud; niños

Introdução

O coronavírus, conhecido por COVID-19, foi identificado em dezembro de 2019 na China, na cidade de Wuhan, e a 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS), assumiu que este surto se tinha rapidamente transformado numa pandemia mundial (Hu et al., 2020; He et al., 2020). Assim, foi declarado que o mundo enfrentava uma pandemia causada pelo coronavírus – SARS-CoV-2, devido à sua propagação exponencial. O desenvolvimento da disseminação originou que Portugal não fosse exceção e as entidades competentes foram obrigadas a implementar medidas restritivas e de bloqueio, numa tentativa de achatar a curva do contágio, similarmente ao resto do mundo. Contudo, a 29 de junho de 2020 contabilizaram-se 216 países afetados por esta pandemia, com quase 10.000.000 milhões de pessoas infetadas e 500.000 mil mortes (OMS, 2020) revelando uma evolução dramática do vírus com um impacto severo na saúde pública e um extremo impacto na vida social, profissional, escolar e familiar em todo o mundo, associado a uma incerteza imensurável. Esta pandemia trouxe mudanças sem precedentes para o mundo, causando grandes interrupções na vida quotidiana. A pandemia COVID-19 configurou-se num desafio sem precedentes para os serviços de saúde e conduziu a transformações na vida da população pediátrica. Mediante o exposto, procuramos estudar qual o impacto no dia-a-dia das nossas crianças e na sua saúde.

1. Enquadramento Teórico

A pandemia de COVID-19 teve um forte impacto na sociedade a vários níveis, sendo a população pediátrica um grupo especialmente vulnerável. Ainda que em idade pediátrica a doença possua uma exposição clínica mais ligeira e com melhor prognóstico em comparação com a população adulta, os confinamentos e as transformações no quotidiano surtiram efeitos colaterais com elevado impacto (Gadermann et al., 2021).

As crianças interagem em diferentes domínios da vida, incluindo a família, grupos de amizade, escola e comunidade. Milhares de crianças foram afetadas pelo isolamento social, traduzindo-se num impacto no seu bem-estar durante a pandemia por COVID-19. Investigadores das ciências sociais e humanas em todo o mundo têm explorado os efeitos da pandemia e consequentes lockdowns na vida das crianças. Nos Estados Unidos, por exemplo, com base nos relatórios de crianças e adolescentes sobre as suas experiências durante a pandemia, foi realizado um estudo qualitativo por psicólogos (Scott et al., 2021) que identificaram 14 campos temáticos onde a pandemia tinha afetado a vida quotidiana da população pediátrica. Entre eles incluíam-se a saúde mental e física, relações familiares, amizades, ligações sociais, participação em eventos importantes, desempenho escolar, rotinas, cumprimento das regras inerentes à COVID-19, exposição aos riscos de contágio e adoção das tecnologias.

Kutsar e Kurvet-Käosaar (2021) também estudaram os reflexos do impacto da pandemia por COVID-19 na vida quotidiana das crianças e suas famílias na Estónia durante os confinamentos em 2020 e 2021. O corpus de dados baseou-se em diários compilados por crianças durante o primeiro encerramento em 2020 para uma coleção no Museu Literário Estónio e em entrevistas semiestruturadas com crianças a documentar as suas experiências durante o confinamento de 2021. O estudo baseou-se na literatura da “nova sociologia da infância” e aplicou o modelo ecológico social de Bronfenbrenner a uma análise das experiências das crianças quando a sua mobilidade fora do contexto domiciliário era restrita, o que forçou as crianças a reorganizar a sua utilização do tempo. Os resultados mostram como a pandemia restringiu os contextos sociais em que as crianças e as suas famílias estavam inseridas e sublinhou o papel desempenhado pelos fatores socioculturais na formação das capacidades de “sobrevivência” das crianças. Em combinação, a análise dos dois conjuntos de dados demonstrou os efeitos dos confinamentos nas crianças. Os relatos da primeira vaga da pandemia em 2020 sugeriam que os ambientes familiares positivos poderiam suavizar os efeitos negativos do confinamento e ajudá-las a lidar com as mudanças inesperadas na sua vida quotidiana. As entrevistas durante o segundo surto da pandemia revelaram como o cansaço emergente e o tédio relatados por algumas crianças alargaram as relações familiares. A quantidade de tempo que as crianças tiveram de tempo de ecrã alterou-se e aumentou as suas experiências a nível de espaços interativos apoiados pelos dispositivos eletrónicos. Os seus relatos revelaram que os contextos interativos com os quais se ocupavam através dos dispositivos eletrónicos iam além-fronteiras nacionais, ou seja, para eventos globais. Todavia, esta interação com os dispositivos eletrónicos não compensou face à perda dos contactos reais com os amigos, o que se tornou numa grande preocupação para a família.



A literatura científica documenta que na área da psiquiatria infantil, psicologia e saúde pública em diferentes partes do mundo mostraram que a pandemia aumentou a vulnerabilidade infantil ao nível da sua saúde mental, resultando num declínio do bem-estar subjetivo (Fegert et al., 2020; Gadermann et al., 2021; O'Sullivan et al., 2021). Num artigo de revisão sistemática da literatura, Chaturvedi e Pasipanodya (2021) destacam os impactos negativos na vida escolar e na vida social como a principais fatores que determinam a vulnerabilidade das crianças. Outros investigadores identificaram fatores de stresse relacionados com a pandemia por COVID-19 nas crianças, tais como elevados níveis de ansiedade e sintomas depressivos, associados às perceções de stresse dos pais no contexto familiar, causando novos problemas na parentalidade com influências diretas na capacidade das crianças para lidar com a pandemia (Brown et al., 2020; Spinelli et al., 2020).

Estudos comparativos da Suíça, Canadá e a Estónia mostram como a pandemia exacerbou as desigualdades entre as crianças em diferentes domínios da vida, especialmente no seio das famílias, na escola, com os amigos e no acesso aos serviços públicos. Ao mesmo tempo aumentou os espaços virtuais, ou seja, o tempo de ecrã por parte das crianças, em decorrência das medidas governamentais que limitaram a interação física com os amigos, professores e outros familiares, fechando o acesso às escolas, parques infantis e atividades recreativas (Stoecklin et al., 2021).

Num estudo observacional e retrospectivo, com aprovação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Baixo Vouga avaliaram-se as repercussões biopsicossociais em idade pediátrica consequentes do primeiro confinamento em Portugal, tendo por base um questionário disponível online entre julho e agosto de 2020, dirigido a pais ou cuidadores principais das crianças, abrangendo questões referentes à alimentação, ao comportamento, higiene de sono, tempo de ecrã, entre outros. O estudo revela que, em grande parte dos casos, as rotinas diárias e os hábitos alimentares mantiveram-se; 81,3% das crianças manifestaram alterações de comportamento, sendo as crianças em idade pré-escolar e escolar aquelas que revelaram mais ansiedade, irritação, desafiadoras e com mais birras. As crianças, segundo os relatos dos pais e/ou cuidador principal, sentiram mais falta de ir a parques, do ensino presencial e manifestaram mais saudades dos restantes familiares. Numa posição contrária, 21,4% das crianças ficaram mais felizes por passar mais tempo em casa com os pais, sobretudo em idades inferiores aos cinco anos. No que se refere à higiene do sono, 36,6% das crianças mostraram alterações do horário de dormir, todavia, com mais incidência nos adolescentes. A dificuldade em adormecer foi mais prevalente na faixa etária dos seis aos 13 anos. As crianças com idade inferior aos nove anos tiveram mais pesadelos e/ou despertares noturnos. Uma grande parte das crianças (68,5%) esteve exposta a ecrãs mais de duas horas por dia, excedendo as recomendações da OMS, fora do período de aulas não presenciais. Os pais e/ou cuidadores principais revelaram grande preocupação face à privação de interação social, com a vida sedentária da criança e com o manifesto desinteresse pelas aulas não presenciais. Estes sentiram muitas dificuldades no necessário apoio aos filhos devido ao teletrabalho, com 90% de casos em que pelo menos um dos progenitores estava em regime de teletrabalho (Peixoto et al., 2021).

Os efeitos decorrentes do confinamento podem resultar no surgimento e/ou agravamento de doenças psiquiátricas, excesso de peso/obesidade ou a outras situações de risco para a saúde física e mental das crianças, o que implica uma abordagem multidisciplinar dos profissionais de saúde, professores, educadores e família, para se poder mitigar o impacto negativo desta pandemia na sua saúde e bem-estar das crianças.

A corroborar, o estudo realizado por Ghanamah e Eghbaria-Ghanamah (2021) identificou efeitos psicológicos negativos da pandemia em crianças, tais como ansiedade e perturbações do sono entre as crianças árabes israelitas. Foi realizado um inquérito transversal online entre pais árabes israelitas, incluindo um questionário sobre aspetos comportamentais e emocionais e perguntas sobre a utilização de ecrãs, higiene de sono e atividades físicas. Os resultados mostraram que, durante a pandemia, 55,8% das crianças pediram para dormir na cama dos seus pais e 45% expressaram receios que antes não tinham. A maioria das crianças mostrou maior irritabilidade, constantes mudanças de humor e nervosismo e 41,4% apresentaram má higiene do sono. Relativamente aos comportamentos adaptativos, mais de 50% dos pais relataram que o seu filho aumentou as horas de sedentarismo, sendo menos ativas fisicamente, com acrescida tendência para aumentar as horas de ecrãs, costumavam dormir mais tempo durante o dia. Os resultados sugerem que as crianças são vulneráveis aos efeitos psicológicos da pandemia por COVID-19 e sublinham a necessidade de reduzir a carga psicológica desta pandemia e a necessidade de intervenção imediata.

As pesquisas recentes demonstram que as crianças estão muito vulneráveis aos seus graves efeitos, uma vez que são obrigadas a permanecer em casa por longos períodos devido aos confinamentos e encerramento das escolas, reduzindo a interação com os pares e as possibilidades de exploração e de prática de atividades físicas. Tem sido relatado que sempre que as crianças estão fora das rotinas escolares, são menos ativas fisicamente, passam um tempo prolongado com ecrãs e têm horários de sono desequilibrados. Além disso, os fatores inerentes ao stress pandémico, tais como estar em isolamento um dos membros da família ou a própria criança, infetada pelo coronavírus – SARS-CoV-2, frustração e tédio pode ter ainda mais impactos negativos no comportamento e emoções das crianças (Brooks et al., 2020; Husain et al., 2020).

2. Métodos

Estudo de análise quantitativa, descritivo-correlacional, em coorte transversal, numa amostra não probabilística por pais (pai/mãe) ou cuidadores principais de crianças com idades entre os 6 e 13 anos, de acordo com os critérios de inclusão.

2.1 Participantes

A amostra foi constituída por 280 pais (pai/mãe) de crianças da região geográfica Alentejo, designadamente dos concelhos de Elvas e Campo Maior, Região de saúde: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Administração Regional de Saúde do Alentejo.

2.1.1 Requisitos / Critérios de Inclusão/

Consideraram-se como critérios de inclusão: ser pai/mãe de criança com idade entre os 6 e 13 anos de idade; aceitar participar voluntariamente no estudo; pertencer ao concelho de Elvas ou Campo Maior.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos com recurso a um inquérito por questionário elaborado para o efeito (ad hoc), disponibilizado on line, através da divulgação nas redes sociais, cartazes e panfletos durante aproximadamente 3 meses (maio, junho e julho de 2022), durante os quais o questionário esteve em consulta pública.

2.3 Procedimentos

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano tendo obtido parecer favorável em 13 de abril de 2022 com referência n.º 24/2022. A recolha de dados foi feita através de um formulário eletrónico desenvolvido na plataforma Google Forms®. O mesmo foi partilhado com os contactos pessoais nas redes sociais do Facebook e WhatsApp. Foi ainda divulgado nos Centros de Saúde de Elvas e Campo Maior pelos profissionais de saúde, em escolas e locais de actividades de tempos livres para crianças, através de cartazes e panfletos com link e QR code de acesso ao formulário. Foi solicitada, em conjunto com o questionário, a declaração de consentimento informado aos participantes, bem como foi assegurado que neste estudo seria mantido o anonimato e mantida a confidencialidade dos dados, pois as investigadoras consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

No tratamento estatístico, utilizou-se o programa IBM- Statistical Package Social Science (SPSS) Versão 26. Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central: medidas de dispersão: medidas de tendência central: Média (M); medidas de dispersão: Desvio padrão ($\pm$).

3. Resultados

Caracterização sociodemográfica dos pais

Importa salientar que dos 280 participantes, apenas 243 responderam à questão relativa à idade. Assim, as estatísticas, para o global da amostra que respondeu (n=243), indicam um mínimo e um máximo a oscilarem entre 26 e 58 anos, com uma média de 40,64 $\pm$ 5,90 anos.



Prevalecem os participantes na faixa etária dos 35-45 anos (56,8%), casados/união de facto (80,0%), com a licenciatura (38,2%) e ensino secundário (36,1%), empegados a tempo integral (86,4%), residentes em meio urbano (86,1%). Prevalecem as mães das crianças (88,6%), possuindo mais do que um filho (75,0%) (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo

Variável	Variáveis	Frequência (n)	Percentagem (%)
Idade	≤35 anos	51	21,0
	36-45 anos	138	56,8
	>45 anos	54	22,2
Estado civil	Casado/União de facto	224	80,0
	Divorciado(a)/Separado(a)	25	8,9
	Solteiro(a)	31	11,1
Habilitações literárias	1.º Ciclo do ensino básico	2	,7
	2.º Ciclo do ensino básico	11	3,9
	3.º Ciclo do ensino básico	23	8,2
	Bacharelato	1	,4
	Doutoramento	5	1,8
	Ensino secundário	101	36,1
	Licenciatura	107	38,2
	Mestrado	28	10,0
Situação profissional	Pós graduação	2	,7
	Desempregado(a)	21	7,5
	Empegado(a) a tempo integral	242	86,4
	Empregado(a) a tempo parcial	9	3,2
	Estudante	3	1,1
	Licença de apoio à família	2	,7
	Reformada	3	1,1
Local de residência	Rural	39	13,9
	Urbano	241	86,1
Grau de parentesco com a criança	Mãe	248	88,6
	Pai	32	11,5
Número de filhos	Filho único	70	25,0
	Mais do que um filho	210	75,0

Caracterização das crianças

No total da amostra (n=280), 53,6% das crianças são do género masculino e 46,4% do feminino, com um mínimo de 6 anos e um máximo de 13 anos, correspondendo-lhe uma média de $9,11 \pm 2,56$ anos. Prevalecem as crianças que coabitam com os pais e irmãos (42,5%), seguindo-se as que vivem apenas com os pais (37,9%). Desde o início da pandemia, 22 crianças (7,9%) tiveram a necessidade de encaminhamento para a consulta especializada em psicologia/psiquiatria, com 6,1% a ser encaminhada para a consulta especializada em psicologia e, com igual valor percentual (0,7%, respetivamente) para a consulta de psicologia/psiquiatria e consulta de psiquiatria. Desde o início da pandemia, foi diagnosticado algum problema psicológico a 10 crianças (3,6%). Destas crianças, 4 (25,0%) revelaram ansiedade, 4 (25,0%) falta de competência social, 2 (12,0%) ataques de pânico, 2 (12,0%) défice de atenção e 1 (6,0%) sintomas depressivos. Entre as formas como as crianças se sentiam durante o confinamento, de acordo com a perceção dos pais, prevalecem as crianças que se sentiam seguras (87,5%), com mais apetite (87,5%), agitadas (71,4%), aborrecidas (17,1%), com dificuldades em concentrar-se (17,1%), preocupadas com a própria saúde (16,0%) e inseguras (12,5%). As rotinas que sofreram maior alteração durante o isolamento foram o tempo para a atividade física (97,9%), tempo de brincadeira (91,0%), horário de acordar (42,5%), horário de deitar (37,9%), horário de estudo (37,9%) e horário das refeições (17,1%). Entre as estratégias utilizadas para ajudar a criança a lidar com a situação, salientam-se mantê-la ocupada o máximo de tempo possível (100,0%), mostrar mais afeto que o habitual (100,0%), explicar as notícias

de acordo com a idade da criança (97,9%), dedicar-se ao seu hobby (97,9%), passar mais tempo com ela (71,4%), brincar mais tempo com ela (71,4%), jogar videojogos (70,7%), fazer exercício físico (37,9%), ver filmes/séries (37,9%) e telefonar aos familiares e amigos (29,2%) (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização das crianças

Variável	Variáveis	Frequência (n)	Percentagem (%)
Género	Feminino	130	46,4
	Masculino	150	53,6
Com quem mora/reside a criança	Avós e outro(s)	10	3,5
	Com os pais	106	37,9
	Com os pais e irmão(s)	119	42,5
	Mãe	27	9,6
	Mãe e irmão(s)	12	4,3
	Mãe, padrasto e irmão(s)	4	1,4
	Pai	2	,7
Desde o início da pandemia, necessidade de a criança ter encaminhamento a consulta especializada em psicologia/psiquiatria	Não	258	92,1
	Sim	22	7,9
Se sim, consulta especializada de encaminhamento	Psicologia	17	6,1
	Psicologia, Psiquiatria	2	,7
	Psiquiatria	2	,7
Ter sido diagnosticado algum problema psicológico à criança, desde o início da pandemia	Não	270	96,4
	Sim	10	3,6
Problema psicológico diagnosticado	Ansiedade	4	25,0
	Ataques de pânico	2	12,0
	Défice de atenção	2	12,0
	Falta de competência social	4	25,0
	Hiperatividade e défice de atenção	3	19,0
	Sintomas depressivos	1	6,0
Perceção sobre como se sentia a criança durante o confinamento	Segura	245	87,5
	Insegura	35	12,5
	Calma	80	28,6
	Aagitada	200	71,4
	Aborrecida	48	17,1
	Triste	10	3,6
	Amedrontada	9	3,2
	Confusa	22	7,9
	Dificuldade em dormir	35	12,5
	Dificuldade em concentrar-se	48	17,1
	Sem apetite	10	3,6
	Com mais apetite	245	87,5
	Preocupada com a saúde dos pais	18	6,4
	Preocupada com a própria saúde	45	16,0
	Preocupada com a saúde dos avós	11	3,9
	Preocupada com a saúde de outros familiares	11	3,9
	Preocupada com a saúde dos amigos	12	4,28
	Sem alterações	25	8,92



Variável	Variáveis	Frequência (n)	Percentagem (%)
Rotinas que sofreram maior alteração durante o isolamento	Horário de acordar	119	42,5
	Horário de deitar	106	37,9
	Horário de refeições	48	17,1
	Horário de higiene	10	3,6
	Horário de estudo	106	37,9
	Tempo para a atividade física	274	97,9
	Tempo de brincadeira	255	91,0
	Tarefas domésticas	22	7,9
Estratégias utilizadas para ajudar a criança a lidar com a situação	Explicar as notícias de acordo com a idade da criança	274	97,9
	Limitar o acesso às notícias	45	16,0
	Mantê-la ocupada o máximo de tempo possível	280	100,0
	Passar mais tempo com ela	200	71,4
	Brincar mais tempo com ela	200	71,4
	Mostrar mais afeto que o habitual	280	100,0
	Ouvir as suas preocupações e medos	280	100,0
	Evitar ver os noticiários sobre o Covid-19	45	16,0
	Estar muito atento/a às informações sobre a Covid-19	45	16,0
	Fazer exercício físico	106	37,9
	Ler	10	3,6
	Ver filmes/séries	106	37,9
	Dedicar-se ao seu hobby	274	97,9
	Jogar videojogos	198	70,7
	Telefonar aos familiares e amigos	80	29,2
	Estar em contacto em redes sociais	22	7,9

4. Discussão

Do ponto de vista sociodemográfico o nosso estudo fundamentou-se numa população de pais e crianças maioritariamente urbana. Os resultados por nós conseguidos evidenciam um impacto negativo na população em análise, revelando padrões de ansiedade, agitação, dificuldade em dormir, comer mais que o habitual, e mesmo ataques de pânico, défice de atenção e de competência social elevados. Tais variáveis são demonstrativas de que a saúde mental destas crianças foi afetada. Concluimos, também, que a pandemia impactou muito as rotinas das crianças durante o confinamento. Além disso, os pais durante este tempo reforçaram os afetos e ensaiaram estratégias para manterem as crianças as mais ocupadas possíveis, atendendo ao contexto altamente restritivo. Estes resultados corroboram os encontrados por Scott et al. (2021), cujo estudo revela que, entre os 14 campos temáticos onde a pandemia tinha afetado a vida quotidiana da população pediátrica, onde se incluíam a saúde mental, menos ligações sociais, o que resultou em mais isolamento e falta de competência social. De igual modo, Spinelli et al. (2020) no seu estudo, que visava explorar o efeito dos fatores de risco associados à experiência do confinamento no bem-estar de crianças com idade entre os 2 e os 14 anos, constataram que o impacto do confinamento devido à COVID-19 nos problemas comportamentais e emocionais das crianças foi mediado pelo stresse individual e diádico dos pais, com um efeito mais forte deste último. Os pais que relataram mais dificuldades em lidar com a situação mostraram mais stresse o que, por sua vez, aumentou os problemas psicológicos das crianças, que revelaram níveis mais elevados de ansiedade, ataques de pânico, sintomas depressivos e défice de atenção. Os autores citados salientam que lidar com o confinamento foi uma experiência particularmente stressante para os pais que tiveram de equilibrar a vida pessoal, o teletrabalho e a educação dos filhos, ficando muitos deles sozinhos, sem outros recursos. Esta situação colocou os pais num risco mais elevado de sentir angústia, prejudicando potencialmente a sua capacidade de serem prestadores de cuidados de apoio aos filhos.

A falta de apoio que estas crianças sentiram num momento tão difícil poderá ter sido a razão para os seus sintomas psicológicos mais pronunciados.

A condição de vida das famílias mudou repentina e profundamente. No ambiente familiar, o papel dos pais tornou-se mais crucial do que antes. Grande parte das crianças teve apenas o apoio dos pais para promover um desenvolvimento positivo e novas experiências de aprendizagem (Wang et al., 2020). Todos os serviços educacionais foram encerrados e muitos avós não estavam disponíveis e o contacto com os pares não foi permitido. Muitos pais também tiveram de fazer um trabalho inteligente e uma maior gestão de tempo e espaços para trabalhar com as crianças por perto, o que se tornou muito problemático. Embora o confinamento possa significar uma maior partilha de tempo com os entes queridos, também se tornou num problema para os pais, sendo chamados a assumir um papel mais presente no apoio diário aos filhos, ao mesmo tempo que tiveram de alterar a sua própria vida e continuar com os seus compromissos diários de trabalho, maioritariamente em teletrabalho. Esta situação aumentou significativamente o risco de sofrer de níveis elevados de stresse e emoções negativas nos pais, com um efeito potencialmente em cascata no bem-estar das crianças (Wang et al., 2020; Kurz et al., 2022).

No presente estudo, entre as formas como as crianças se sentiam durante o confinamento, de acordo com a perceção dos pais, prevaleceram nestas, sentimentos de segurança (na sua maioria), de agitação e aborrecimento, aumentando o seu apetite e preocupação com a sua saúde. Constatámos, também, dificuldades na sua concentração. O confinamento a que estavam obrigadas veio restringir muito a sua actividade física, diminuir e dificultar o tempo e as brincadeiras, e alterar as suas rotinas diárias de acordar, deitar, estudar e de refeições. Estes dados estão em concordância com os encontrados por Meade (2021), cujas evidências mostram que, apesar de a maioria das crianças se sentirem seguras, apresentaram mais agitação comportamental, aborrecimento, dificuldades de concentração, tendo muitas delas aumentado a ingestão de alimentos, mais sedentarismo, com a redução da prática de atividade física e maior tempo de ecrã, quer para passarem o tempo, quer com aulas online. Kutsar e Kurvet-Käosaar (2021) também estudaram os reflexos do impacto da pandemia por COVID-19 na vida quotidiana das crianças e suas famílias na Estónia durante os confinamentos em 2020 e 2021, tendo constatado semelhantes situações, o que levou os pais a terem de adotar estratégias para ajudar as crianças a lidarem com a situação, onde sobressaiu manter a criança o máximo possível ocupada, a brincar ou a usar mais dispositivos digitais, aumentando o tempo de ecrã, dar mais apoio emocional, procurar passar mais tempo com ela, explicar-lhes toda a situação e regras de contenção do vírus, adotando uma linguagem adequada à faixa etária da criança, sendo poucas as situações em que os pais potenciaram momentos de prática de atividade física, estando os resultados encontrados no presente estudo, na maioria, em conformidade, pois verificou-se que todos os pais procuraram manter a criança ocupada o máximo de tempo possível, mostrar mais afeto que o habitual, salientando-se também explicar as notícias de acordo com a idade da criança (97,9%), dedicar-se ao seu hobby (97,9%), passar mais tempo com ela (71,4%), brincar mais tempo com ela (71,4%), jogar videojogos (70,7%), fazer exercício físico (37,9%), ver filmes/séries (37,9%) e telefonar aos familiares e amigos (29,2%).

Christner et al. (2021), com base num questionário online preenchido pelos pais de crianças de 3-10 anos de idade durante o período de confinamento mais restritivo na Alemanha (n= 2.672), observaram que os pais relataram que o seu nível de stresse afetou o bem-estar dos seus filhos, que apresentaram comportamentos problemáticos, como quebra nas rotinas de deitar e levantar, menor prática de atividade física, maior tempo de ecrã, níveis mais elevados de stresse, ansiedade e sintomas depressivos, redução do desenvolvimento da linguagem, da capacidade de socialização. Relativamente às crianças, o não poderem interagir presencialmente com os pares/amigos e familiares fora do agregado familiar emergiu como o principal desafio. As crianças mais velhas (7-10 anos) evidenciaram mais sintomas emocionais, bem como menos problemas de comportamento e hiperatividade do que as crianças mais novas (3-6 anos). O próprio nível de stresse das crianças e dos seus pais, o grau em que as crianças sentiam falta de outras crianças e a idade das crianças mostraram estar negativamente relacionados com a satisfação geral de vida das crianças.



Conclusão

Os estudos realizados na área e as evidências do presente estudo mostram que os efeitos da COVID-19 na saúde das crianças suscitaram muitas preocupações, uma vez que se verificaram níveis crescentes de sintomas depressivos, stresse, ansiedade, medo e sintomas pós-traumáticos, o que leva a considerar uma maior aposta na redução das barreiras aos serviços de saúde para crianças e suas famílias.

As nossas conclusões realçam os desafios dos pais e das crianças durante o confinamento. É preciso estarmos cientes de que os nossos resultados refletem problemas de saúde em algumas crianças. Dado que nos falta uma comparação direta com a situação antes do confinamento e após o confinamento, não podemos quantificar até que ponto as dificuldades refletem as mudanças normativas relacionadas com a idade e até que ponto estão relacionadas com as restrições pandémicas, sendo esta uma sugestão para futuras investigações. Embora tenhamos de ser cautelosas com a interpretação deste conjunto de evidências, as mesmas oferecem uma visão geral sobre os desafios com que as famílias tiveram de lidar e constituem o pano de fundo para a interpretação da saúde das crianças durante o período de confinamento.

Referências bibliográficas

- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*; 395, 912–920.
- Brown, S. M., Doom, J. R., Lechuga-Peña, S., Watamura, S. E., & Koppels, T. (2020). Stress and Parenting during the Global COVID-19 Pandemic. *Child. Abuse Negl.*; 110 (2), 104699. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104699
- Chaturvedi, S., & Pasipanodya, T. E. (2021). A Perspective on Reprioritizing Children's Wellbeing amidst COVID-19: Implications for Policymakers and Caregivers. *Front. Hum. Dyn.* ; 2. doi:10.3389/fhumd.2020.615865
- Christner, N., Essler, S., Hazzam, A., & Paulus, M. (2021) Children's psychological well-being and problem behavior during the COVID-19 pandemic: An online study during the lockdown period in Germany. *PLoS ONE*; 16(6): e0253473. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253473>
- Direção-Geral da Saúde (2020). Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Norma 007/2020. Acedido em https://www.spci.pt/media/covid-19/Norma_007_2020_DGS_Covid19.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2020). COVID-19: fase de mitigação - Saúde Mental. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112020-de-18042020-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. Orientação 03/2020 - Prevenção e Controlo de Infecção por novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizesda-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0032020-de30012020-pdf.aspx>.
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. (2020). Challenges and Burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) Pandemic for Child and Adolescent Mental Health: A Narrative Review to Highlight Clinical and Research Needs in the Acute Phase and the Long Return to Normality. *Child. Adolesc. Psychiatry Ment. Health*; 14 (20), 20. doi:10.1186/s13034-020- 00329-3
- Gadermann, A. C., Thomson, K. C., Richardson, C. G., Gagné, M., McAuliffe, C., Hirani, S., et al. (2021). Examining the Impacts of the COVID-19 Pandemic on Family Mental Health in Canada: Findings from a National Cross-Sectional Study. *BMJ Open* 11 (1), e042871. doi:10.1136/bmjopen2020-042871
- Ghanamah, R., & Eghbaria-Ghanamah, H. (2021). Impact of COVID-19 Pandemic on Behavioral and Emotional Aspects and Daily Routines of Arab Israeli Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2946. doi:10.3390/ijerph18062946
- He, F., Deng, Y., & Li, W. (2020). Coronavirus disease 2019: What we know? *Journal of medical virology*, 92(7), 719-725.
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H.-G., & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A largescale cross-sectional study. *EclinicalMedicine*, 24, 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
- Husain, T., Chowdhury, S.A., Uddin, M.M., & Kalimullah, N.A. (2020). Mental Health Status of Adolescents During the COVID-19 Pandemic: A Cross-sectional Survey among the Bangladeshi Graduate Students at Dhaka City. *bioRxiv*.

- Kurz, D., Braig, S., & Genuneit, J. (2022). Lifestyle changes, mental health, and health-related quality of life in children aged 6–7 years before and during the COVID-19 pandemic in South Germany. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*; 16, 20.
- Kutsar, D., & Kurvet-Käosaar, L. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Families: Young People's Experiences in Estonia. *Front. Sociol.*; 6:732984. doi: 10.3389/fsoc.2021.732984
- Meade J. (2021). Mental Health Effects of the COVID-19 Pandemic on Children and Adolescents: A Review of the Current Research. *Pediatric clinics of North America*, 68(5), 945–959. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.05.003>
- O'Sullivan, K., Clark, S., McGrane, A., Rock, N., Burke, L., Boyle, N., et al. (2021). A Qualitative Study of Child and Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic in Ireland. *Ijperph*; 18 (3), 1062. doi:10.3390/ijerph1803106
- Peixoto, D., Leal, B., Ribeiro, D., Correia, L., Hipólito, E., & Rocha, P. (2021). Impacto do Confinamento na Saúde das Crianças e Adolescentes Durante a Pandemia de COVID-19. *Cartas ao Editor, Acta Med Port*; 34(4):312-326. <https://doi.org/10.20344/amp.15885>
- Scott, S. R., Rivera, K. M., Rushing, E., Manczak, E. M., Rozek, C. S., & Doom, J. R. (2021). "I Hate This": A Qualitative Analysis of Adolescents' Self-Reported Challenges during the COVID-19 Pandemic. *J. Adolesc. Health* 68(2); 262–269. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.11.010
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020) Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front. Psychol.*; 11:1713. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01713
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front. Psychol.*; 11. doi:10.3389/fpsyg.2020.01713
- Stoecklin, D., Gervais, C., Kutsar, D., & Heite, C. (2021). Lockdown and Children's Well-Being: Experiences of Children in Switzerland, Canada and Estonia. *Child. Vulnerability*; 29. doi:10.1007/s41255-021-00015-2
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., and Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet* 395, 945–947. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30547-X
- World Health Organisation (WHO). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 2020. Acedido em <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
- World Health Organisation (WHO). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 2020. Acedido em <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.

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





2022

série • serie 2 | número • number 3
quadrimestral • quarterly

ACEPS

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde