



SERVIR

SÉRIE
SERIE **2** NÚMERO
NUMBER **6**

ano • year | **2023**

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- 4.º Dt.º
1050-215 Lisboa, Portugal
T. 213146520 | E. servir1952@gmail.com | W. <https://revistas.rcaap.pt/servir>

Diretor | Director | Director

Madalena Cunha

Ficha Catalográfica | Catalogue File | Ficha Catalográfica

Revista Servir/prop. ACEPS, 1952- 2021

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

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

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

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

Estatuto Editorial | Editorial Status | Estatuto Editorial: SERVIR

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

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

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



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

Periodicidade | Publication Frequency | Periodicidad

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

Cuatrimestral, siendo editada em marzo, julio y noviembre

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

Série 1 – 1952- 2019 | ano 1 – 68

Série 2 – 2021 | ano 1

Indexação | Indexation | Indexación

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

→ Scopus – 1984 a 2009, 2013

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

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

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



Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde- ACEPS

Editor Chefe | Chief Publisher | Editor Chefe

Madalena Cunha

Editor Adjunto | Assistant Publisher | Editor Adjunto

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque

Conselho Científico | Scientific Council | Consejo Científico

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

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

Plenário - Conselheiros Vogais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conselho Editorial Internacional | International Editorial Board | Consejo Editorial Internacional

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

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

Ana Frias | Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora (PT)

Anabela Pereira | PhD, Universidade de Aveiro, Aveiro (PT)

Christophe Dubout | PhD, III IFITS Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon (FR)

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

Luís Saboga Nunes | PhD, Universidade de Educação de Freiburg, Instituto de Sociologia (DE)

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

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

Zélia Anastácio | PhD, Universidade do Minho, Braga (PT)

Editores das Secções | Section Publishers | Editores de Secciones

Enfermagem

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

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

Ciência ID: 5C12-8847-309C | ORCID iD: 0000-0003-0710-9220

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Luís Miguel Condeço | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 5619-E022-3F21 | ORCID iD: 0000-0002-4165-7477

Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária

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

Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

Fátima Martins | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga (PT)

Ciência ID: 7A1F-4C8A-1EB3 | ORCID iD: 0000-0002-9137-5507

Enfermagem de Saúde Familiar

Ana Isabel Andrade | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: BD1A-807B-CEFB | ORCID iD: 0000-0003-1070-8507

Enfermagem Médico-Cirúrgica/Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa

Mauro Mota | MsD, ULSG; Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: A11F-87F8-F478 | ORCID iD: 0000-0001-8188-6533

Enfermagem de Reabilitação

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

Ciência ID: CB11-984E-CDCA | ORCID iD: 0000-0001-9850-9822



Áreas Multidisciplinares em Saúde

Psicologia da Saúde; Promoção da Saúde

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 9B1E-D9AA-1C3F | ORCID iD: 0000-0002-2297-0636

Metodologias de Investigação e Estatística

Eduardo Santos | PhD, CHUC, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 8D1E-873C-6D80 | ORCID iD: 0000-0003-0557-2377

Gestão e Administração dos Serviços de Saúde

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

Ciência ID: C51C-7906-19ED | ORCID iD: 0000-0001-7396-639X

Revisores

- *Adelino Rodrigues* | RN, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)
- *Alexandra Dinis* | MsD, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Reabilitação)
- *Ana Carolina Figueiredo Rodrigues* | DR., Unidade de Saúde Local de Matosinhos (PT) (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)
- *Ana Marinho Diniz* | MsD, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (PT) (Mestrado em Enfermagem)
- *Ana Patrícia Santos*
- *Ana Paula Fernandes das Neves* | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) (Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária)
- *Ana Ribeiro* | Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde Viseu (PT)
- *Anabela Antunes* | MsD, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu | Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde Mental e Psiquiátrica)
- *Andreia Cátia Jorge Silva da Costa* | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) (Espec Enf. Saúde Pública / Enf Comunitária) |
Doutoramento em enfermagem
- *António Almeida* | MsD, Hospital de São José; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)
- *António Madureira Dias* | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) (Espec Enf. Médico-cirúrgica) | Doutoramento em Ciências de Enfermagem
- *Beatriz Araújo* | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec Enf. Saúde infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Ciências de Enfermagem
- *Conceição Afonso* | Hospital de Braga (PT) (Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação: Pós-graduação em Educação-
Pedagogia. Pós-graduação em Gestão de Unidades de Saúde)
- *Cristina Albuquerque* | RN, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu (PT) (Espec Enf. Saúde Materna e Obstétrica) | Socióloga
- *Elisa Garcia* | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) (Espec Enf. Saúde Pública / Enf Comunitária) | Doutoramento em Enfermagem
- *Emília 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(6)

- *Ana Paula Neves* | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- *António José Lopes de Almeida* | Hospital de São José. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- *Emília Sarmento* | ACES Marão e Douro Norte Unidade de Saúde Pública
- *Fátima Martins* | Escola Superior de Enfermagem de Braga
- *Fernando Araújo-Miranda* | Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE, Porto
- *Helena Carneiro*
- *João Barros*
- *Luis Gaspar* | Universidade Católica Portuguesa
- *Luís Sousa* | Universidade Atlântica. Escola Superior de Saúde Atlântica
- *Luís Viegas* | Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira
- *Nélio Silva* | Centro Hospitalar do Baixo Vouga EPE, Aveiro
- *Paula Rocha* | Escola Superior de Saúde de Viseu
- *Rafael Bernardes* | Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Editorial

Assistência de enfermagem à pessoa em situação paliativa

A descoberta contínua e criativa do indivíduo e do seu cuidar tem como base os valores, as expressões, as crenças e as práticas baseadas na sua cultura que são fundamentais para proporcionar cuidados de Enfermagem satisfatórios e eficazes, culturalmente e socialmente congruentes, que vão ajudar a planear e implementar eficazmente, os cuidados às pessoas de forma exata e segura. A assistência de Enfermagem deve ser direcionada para a pessoa, permitindo uma abordagem holística e individualizada, pois o objetivo é proporcionar cuidados de Enfermagem contínuos e de elevada qualidade baseados num compromisso ético e deontológico.

O profissional de enfermagem deve cuidar da pessoa doente como um ser biopsicossocial, cultural e espiritual único e integral, não dissociando nenhuma das partes, sendo que a pessoa não deve ser confundida com a sua doença. Esta deverá, antes de mais, ser reconhecida na sua dignidade enquanto Pessoa Humana.

Os Cuidados Paliativos permitem, às pessoas e suas famílias, realizarem a transição de uma luta contra a morte por uma busca da serenidade e alívio do sofrimento, através de uma abordagem global e holística nas diferentes áreas – física, psicológica, social e espiritual. Estes cuidados visam potenciar o máximo conforto ao doente e família, aumentando assim a qualidade de vida.

O objetivo da assistência de enfermagem nos cuidados paliativos é promover a qualidade de vida ao longo da trajetória da doença através do alívio do sofrimento, incluindo os cuidados na fase terminal e acompanhamento no luto. A Enfermagem, como área científica do cuidar, é fulcral nestes cuidados pois promovem o desenvolvimento de intervenções direcionadas para as necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais, aspetos existenciais inerentes à pessoa doente e família.

Os cuidados paliativos possibilitam uma intervenção precoce ao longo da doença bem como, cuidados personalizados respondendo de forma eficaz às necessidades dos doentes e familiares, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida. Este tipo de cuidados permite ajudar a pessoas doente, a redefinir os seus objetivos, mantendo uma esperança realista e preparar-se para o desfecho, através de medidas direcionadas para o seu bem-estar e conforto E também ajuda a família a encontrar um sentido, mantendo e/ou ajudando a redefinir os seus papéis.

A assistência de Enfermagem em cuidados paliativos reveste-se de elevada importância, pois surge como uma combinação de perícias e competências técnico-científicas juntamente com fidelidade, capacidade de escuta, empatia, compaixão, discernimento clínico, em situações de intenso sofrimento perante pessoas gravemente doentes e em fim de vida. A aliança destas competências humanas, técnicas e comunicacionais permite o controlo de sintomas, um adequado manuseamento dos fármacos, uma comunicação verdadeira e efetiva, bem como, apoiar constantemente a pessoa doente e família.

Nesta abordagem, a pessoa é o centro dos cuidados pelo que se torna imperativo promover um fim de vida com dignidade, respeitando os seus desejos e expectativas. Os enfermeiros devem monitorizar constantemente as expectativas e necessidades dos doentes e famílias de forma a identificarem, negociarem e resolverem criativamente e eficazmente situações de intenso sofrimento, atuando segundo numa perspetiva holística.

As intervenções de Enfermagem implementadas devem atender à gestão de sintomas, avaliação e planeamento dos cuidados, acompanhamento, preparação e suporte no luto, de modo a impedir, a hospitalização desnecessária que acarreta custos diretos e indiretos elevados bem como, a utilização de medidas e tratamentos inúteis e desproporcionais. A racionalização dos custos, a promoção de conforto, a satisfação de todas as necessidades, com particular enfoque para o alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida torna possível proporcionar um fim de vida digno e tranquilo prestando cuidados especializados segundo uma filosofia humanista e holística.

Face às necessidades e papel fulcral dos enfermeiros perante estas pessoas, torna-se inadiável promover e implementar equipas de enfermagem capacitadas para prestarem cuidados de qualidade e desenvolverem intervenções eficazes que facultem um acompanhamento e uma morte digna, de acordo com as escolhas e objetivos dos doentes.

Aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida implica desenvolver um plano de cuidados direcionado para a gestão de sintomas, atender às necessidades psicossociais e espirituais da pessoa doente e da família, apoiar todos os doentes e famílias que estão a vivenciar um período de perda, sofrimento e luto, enfatizando a tomada de decisão, ética autónoma, usando as competências técnicas e comunicacionais de forma a facilitar uma prática colaborativa.

Estas cuidados são interdisciplinares pois dirigem-se tanto ao doente, como à família e comunidade dado que consistem em disponibilizar o real e nuclear conceito de cuidar, centrados em proporcionar e satisfazer as necessidades individuais, com conseqüente impacto na qualidade de vida dos mesmos. A formação especializada dos enfermeiros surge como um pilar para a aquisição de competências na área da enfermagem mais específicas, ao nível dos cuidados paliativos, mas também promove e potencia, a melhoria da qualidade dos cuidados, da vida dos doentes e familiares, e dos serviços.

Editorial

Nursing care to the person in palliative situation

The continuous and creative discovery of the individual and his/her care is based on the values, expressions, beliefs, and practices based on their culture which are essential to provide satisfactory and effective, culturally and socially congruent nursing care that will help to effectively plan and implement care for people accurately and safely. Nursing care should be directed to the person, allowing for a holistic and individualized approach, as the goal is to provide continuous and high-quality Nursing care based on an ethical and deontological commitment.

The nursing professional should care for the patient as a single and integral biopsychosocial, cultural, and spiritual being, without dissociating any of the parts, and the person should not be confused with his/her disease. The person should, above all, be recognized in his dignity as a human being.

Palliative Care allows people and their families to make the transition from a fight against death to a search for serenity and relief from suffering, through a global and holistic approach in the different areas- physical, psychological, social, and spiritual. This care aims to provide maximum comfort to the patient and family, thus increasing the quality of life.

The purpose of nursing care in palliative care is to promote quality of life throughout the disease trajectory by alleviating suffering, including terminal phase care and bereavement follow-up. Nursing, as a scientific area of care, is essential to this care since it promotes the development of interventions directed at the physical, psychological, social, and spiritual needs and existential aspects inherent to the ill person and family.

Palliative care allows for an early intervention throughout the disease, as well as personalized care that effectively meets the needs of patients and families, thus improving their quality of life. This type of care allows helping the ill person to redefine his/her goals, maintain realistic hope, and prepare for the outcome through measures directed toward his/her well-being and comfort.

Nursing care in palliative care is of high importance because it is a combination of technical-scientific expertise and skills together with fidelity, listening skills, empathy, compassion, and clinical discernment in situations of intense suffering in critically ill and end-of-life people. The alliance of these human, technical, and communicational skills allows symptom control, proper handling of drugs, true and effective communication, as well as constant support for the sick person and family.

In this approach, the person is the center of care, so it is imperative to promote an end-of-life with dignity, respecting his/her wishes and expectations. Nurses should constantly monitor the expectations and needs of patients and families to identify, negotiate and creatively and effectively solve situations of intense suffering, acting from a holistic perspective.

The Nursing interventions implemented should address symptom management, assessment and care planning, monitoring, preparation, and grief support, to prevent unnecessary hospitalization, which brings about high direct and indirect costs, as well as the use of useless and disproportionate measures and treatments. The rationalization of costs, the promotion of comfort, and the satisfaction of all needs, with a particular focus on the relief of suffering and the improvement of quality of life make it possible to provide a dignified and peaceful end to life by providing specialized care according to a humanistic and holistic philosophy.

Given the nurses' central role and needs towards these people, it is unavoidable to promote and implement nursing teams empowered to provide quality care and develop effective interventions that provide follow-up and dignified death, according to the patients' choices and goals.

Alleviating suffering and improving quality of life implies developing a care plan aimed at managing symptoms, meeting the psychosocial and spiritual needs of the patient and family, supporting all patients and families who are experiencing a period of loss, suffering, and grief, emphasizing decision-making, independent ethics, using technical and communication skills to facilitate a collaborative practice.

This care is interdisciplinary because it is directed at the patient, the family, and the community since it consists of making available the real and core concept of caring, centered on providing and satisfying individual needs, with a consequent impact on their quality of life. The specialized training of nurses emerges as a pillar for the acquisition of more specific nursing skills in the area of palliative care but also promotes the improvement of the quality of care, the lives of patients and families, and services.

Patricia Coelho

School of Nursing (Porto), Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University

Editorial

Cuidados de enfermería a la persona en situación paliativa

El descubrimiento continuo y creativo de la persona y de sus cuidados se basa en los valores, expresiones, creencias y prácticas basadas en su cultura que son esenciales para proporcionar cuidados de Enfermería satisfactorios y eficaces, cultural y socialmente congruentes, que ayuden a planificar e implementar eficazmente los cuidados a las personas de forma precisa y segura. Los cuidados de Enfermería estarán dirigidos a la persona, permitiendo un enfoque holístico e individualizado, ya que el objetivo es proporcionar unos cuidados de Enfermería continuos y de calidad, basados en un compromiso ético y deontológico.

El profesional de Enfermería debe cuidar al paciente como un ser único e integral biopsicosocial, cultural y espiritual, sin disociar ninguna de las partes, y no se debe confundir a la persona con su enfermedad. La persona debe, ante todo, ser reconocida en su dignidad como ser humano.

Los Cuidados Paliativos permiten a las personas y a sus familias pasar de la lucha contra la muerte a la búsqueda de la serenidad y el alivio del sufrimiento, a través de un enfoque global y holístico en los diferentes ámbitos: físico, psicológico, social y espiritual. Estos cuidados pretenden proporcionar el máximo confort al paciente y a su familia, aumentando así su calidad de vida.

El objetivo de los cuidados de enfermería en cuidados paliativos es promover la calidad de vida a lo largo de toda la trayectoria de la enfermedad aliviando el sufrimiento, incluyendo los cuidados en la fase terminal y el seguimiento del duelo. La enfermería, como área científica de los cuidados, es esencial en estos cuidados ya que promueve el desarrollo de intervenciones dirigidas a las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales y aspectos existenciales inherentes a la persona enferma y su familia.

Los cuidados paliativos permiten una intervención precoz a lo largo de la enfermedad, así como una atención personalizada que responda eficazmente a las necesidades de los pacientes y familiares, mejorando así su calidad de vida. Este tipo de cuidados permite ayudar a la persona enferma a redefinir sus objetivos, manteniendo una esperanza realista y preparándose para el desenlace, a través de medidas dirigidas a su bienestar y confort, y también ayuda a la familia a encontrar sentido, manteniendo y/o ayudando a redefinir sus roles.

La atención de enfermería en cuidados paliativos es de gran importancia, ya que surge como una combinación de conocimientos y habilidades técnico-científicas junto con la fidelidad, la capacidad de escucha, la empatía, la compasión y el discernimiento clínico en situaciones de sufrimiento intenso en pacientes críticos y al final de la vida. La alianza de estas habilidades humanas, técnica y comunicativa permite el control de los síntomas, el manejo adecuado de los fármacos, una comunicación veraz y eficaz, así como un apoyo constante a la persona enferma y a su familia.

En este enfoque, la persona es el centro de los cuidados, por lo que es imprescindible promover un final de vida digno, respetando sus deseos y expectativas. Las enfermeras deben realizar un seguimiento constante de las expectativas y necesidades de los pacientes y familiares para identificar, negociar y resolver de forma creativa y eficaz las situaciones de sufrimiento intenso, actuando desde una perspectiva holística.

Las intervenciones de Enfermería implementadas deben abordar el manejo de los síntomas, la valoración y planificación de los cuidados, la monitorización, la preparación y el apoyo en el duelo, para evitar la hospitalización innecesaria, que conlleva elevados costes directos e indirectos, así como el uso de medidas y tratamientos inútiles y desproporcionados. La racionalización de los costes, la promoción del confort, la satisfacción de todas las necesidades, con especial atención al alivio del sufrimiento y a la mejora de la calidad de vida, permiten proporcionar un final de vida digno y tranquilo mediante la prestación de cuidados especializados de acuerdo con una filosofía humanista y holística.

Teniendo en cuenta las necesidades y el papel esencial de las enfermeras hacia estas personas, es esencial promover e implementar equipos de enfermería capaces de proporcionar cuidados de calidad y desarrollar intervenciones eficaces que proporcionen un seguimiento y una muerte digna, de acuerdo con las elecciones y objetivos de los pacientes.

Aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida implica desarrollar un plan de cuidados dirigido a manejar los síntomas, satisfacer las necesidades psicosociales y espirituales del paciente y su familia, apoyar a todos los pacientes y familiares que atraviesan un período de pérdida, sufrimiento y duelo, enfatizar la toma de decisiones, la ética independiente, utilizar habilidades técnicas y de comunicación con el fin de facilitar una práctica colaborativa.

Estos cuidados son interdisciplinarios porque se dirigen al paciente, a la familia y a la comunidad, ya que consisten en poner a disposición el concepto real y central de cuidar, centrado en proporcionar y satisfacer las necesidades individuales, con el consiguiente impacto en su calidad de vida. La formación especializada de las enfermeras surge como pilar para la adquisición de competencias enfermeras más específicas en el área de los cuidados paliativos, pero también promueve y favorece la mejora de la calidad de los cuidados, de la vida de los pacientes y familiares y de los servicios.

Patricia Coelho

Escuela de Enfermería (Oporto), Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Portuguesa



Sumário | Summary | Resumen

Intervenções promotoras da saúde de mulheres em ciclo gravídico-puerperal durante a pandemia covid-19: Protocolo scoping review Health-promoting interventions for women in the pregnancy-puerperal cycle during the covid-19 pandemic: Scoping review protocol Intervenciones promotoras de salud para mujeres en el ciclo embarazo-puerperio durante la pandemia de covid-19: Protocolo de revisión scoping	19
Intervenções não farmacológicas de enfermagem na gestão da dor em doentes em urgência básica Non-pharmacological nursing interventions in pain management in patients in basic emergency Intervenciones no farmacológicas de enfermería en el manejo del dolor en pacientes en emergencia básica	29
Instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de acidente vascular cerebral no extra-hospitalar: Um protocolo de revisão scoping Pre-hospital stroke victim sign and symptom assessment tools: A scoping review protocol Instrumentos para la evaluación en víctimas prehospitalarias de accidentes cerebrovasculares: Protocolo de revisión scoping	45
Felicidade subjetiva em estudantes de enfermagem: Um estudo exploratório Subjective happiness in nursing students: An exploratory study Felicidad subjetiva en estudiantes de enfermería: Un estudio exploratorio	53
A intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência: Protocolo Scoping Review Rehabilitation Nurse's intervention in the family caregiver burden of the elderly with dementia: Scoping Review Protocol Intervención de la Enfermera de Rehabilitación en la sobrecarga del cuidador familiar del anciano con demencia: Protocolo Scoping Review	61
Perfil da pessoa vítima de traumatismo craneoencefálico atendido num serviço de urgência da região norte de Portugal Profile of the victim of traumatic brain injury attended in an emergency department in the northern region of Portugal Perfil de la víctima de traumatismo craneoencefálico atendidos en un servicio de urgencias de la región norte de Portugal	71



Autores | Authors | Autores

A

Alexandra Esteves, 53

Analisa Candeias, 53

C

Carlos Magalhães, 71

Cristina Martins, 53

D

Daniela Marinho, 61

Daniel José Cunha, 61

E

Eduardo José Ferreira dos Santos, 45

F

Fernando Petronilho, 53

I

Inês Rocha, 61

K

Karini Manhães de Carvalho, 19

L

Liliana Sousa, 45

M

Márcia Noélia Pestana dos Santos, 19

Maria Augusta Romão Veiga Branco, 29

Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba, 19

Maria Martins, 61

Mariana Gaspar, 45

Marli Terezinha Stein Backes, 19

P

Paula Encarnação, 53

S

Sílvia Patrícia Silva Alves, 29

Sílvia Raposo, 71

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA SAÚDE DE MULHERES EM CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL DURANTE A PANDEMIA COVID-19: PROTOCOLO SCOPING REVIEW

HEALTH-PROMOTING INTERVENTIONS FOR WOMEN IN THE PREGNANCY-PUERPERAL CYCLE DURING THE COVID-19 PANDEMIC: SCOPING REVIEW PROTOCOL

INTERVENCIONES PROMOTORAS DE SALUD PARA MUJERES EN EL CICLO EMBARAZO-PUERPERIO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19: PROTOCOLO DE REVISIÓN SCOPING

Karini Manhães de Carvalho¹
Marli Terezinha Stein Backes²
Márcia Noélia Pestana dos Santos³
Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba⁴

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil (karinimcarvalho@gmail.com)
<https://orcid.org/0000-0002-2978-9987>

²Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil (marli.backes@ufsc.br)
<https://orcid.org/0000-0003-3258-359X>

³Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal (marcianpsantos@gmail.com)
<https://orcid.org/0000-0002-4093-0291>

⁴Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal (mlomba@esenfc.pt)
<https://orcid.org/0000-0003-1505-5496>

Corresponding Author

Karini Manhães de Carvalho
Estrada da Água Branca, N. 5391
Rua: 1, Casa: 161
21862-371 Bangu, Rio de Janeiro, Brasil
karinimcarvalho@gmail.com

RECEIVED: 31st January, 2023

ACCEPTED: 6th July, 2023

PUBLISHED: 15th August, 2023

Servir, 2(6), e29465

DOI:10.48492/servir0206.29465

2023



RESUMO

Introdução: Promover a saúde de gestantes, parturientes e puérperas é relevante para a melhoria do cuidado em saúde e de grande impacto no período pandêmico de Covid-19, em que mulheres no ciclo gravídico-puerperal necessitam de maior atenção e assistência.

Objetivo: Mapear a evidência disponível sobre intervenções promotoras da saúde desenvolvidas por profissionais de saúde em gestantes, parturientes e puérperas durante a pandemia da Covid-19.

Métodos: Protocolo de revisão de escopo conduzido conforme a metodologia Joanna Briggs Institute, que pretende responder à questão de investigação: Quais as intervenções promotoras da saúde desenvolvidas por profissionais de saúde em gestantes, parturientes e puérperas durante a pandemia da Covid-19. Serão selecionados estudos primários publicados e não publicados e artigos de opinião. A seleção e triagem dos estudos será realizado por dois revisores independentes e de acordo com os critérios de inclusão definidos. Serão incluídos estudos em português, inglês e espanhol, independente do local geográfico onde foram realizados ou publicados.

Resultados: Esta revisão irá permitir organizar os dados dos diversos estudos de acordo com o tipo de intervenções promotoras de saúde realizadas nas mulheres no ciclo gravídico-puerperal no período da Covid-19.

Conclusão: Com esta revisão pretende-se mapear intervenções realizadas em mulheres no ciclo gravídico-puerperal demonstrando o impacto que causaram na complexidade no cuidado das mesmas.

Palavras-chave: COVID-19; intervenções; saúde materna; gravidez; saúde da mulher

ABSTRACT

Introduction: Promoting the health of pregnant women, parturient and postpartum women is relevant for the improvement of health care and of great impact in the Covid-19 pandemic period, in which women in the pregnancy-puerperal cycle need greater attention and assistance.

Objective: To map the available evidence on health-promoting interventions, developed by health professionals in pregnant, parturient and postpartum women during the Covid-19 pandemic.

Methods: This is a scoping review protocol conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology for conducting scoping reviews, which aims to answer the research question: What are the health-promoting interventions developed by health professionals in pregnant, parturient and postpartum women during the Covid-19 pandemic. The search strategy aims to locate published and unpublished primary studies and opinion articles will be selected. The entire process of selection and screening of studies will be carried out by two independent reviewers to evaluate the selected articles according to the inclusion criteria defined for the review. Studies in Portuguese, English and Spanish will be included, regardless of the geographic location where they were carried out or published.

Results: By carrying out this scope review, we will organize the data presented in the various studies according to the different types of health-promoting interventions performed on women in the pregnancy-puerperal cycle during the Covid-19 period.

Conclusion: The scope review intends to map interventions carried out in women in the pregnancy-puerperal cycle, demonstrating the impact that they possibly caused in the complexity of their care.

Keywords: COVID-19; interventions; maternal health; pregnancy; women's health

RESUMEN

Introducción: Promover la salud de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas es relevante para la mejora de la atención de la salud y de gran impacto en el período de la pandemia de Covid-19, en el que las mujeres en el ciclo embarazo-puerperal necesitan mayor atención y asistencia.

Objetivo: Mapear la evidencia disponible sobre las intervenciones de promoción de la salud desarrolladas por profesionales de la salud en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas durante la pandemia de Covid-19.

Métodos: Este es un protocolo de revisión de alcance realizado según la metodología del Instituto Joanna Briggs para realizar revisiones de alcance, que tiene como objetivo responder a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las intervenciones promotoras de salud desarrolladas por profesionales de la salud en mujeres embarazadas, parturientas y posparto durante el Covid-19? pandemia. La estrategia de búsqueda tiene como objetivo localizar estudios primarios publicados y no publicados y artículos de opinión. Todo el proceso de selección y cribado de los estudios será realizado por dos revisores independientes para evaluar los artículos seleccionados según los criterios de inclusión definidos para la revisión. Se incluirán estudios en portugués, inglés y español, independientemente de la ubicación geográfica donde hayan sido realizados o publicados.

Resultados: Al realizar esta revisión de alcance, organizaremos los datos presentados en los diversos estudios según los diferentes tipos de intervenciones promotoras de salud realizadas en mujeres en el ciclo embarazo-puerperio durante el período Covid-19.

Conclusión: La Revisión de Alcance pretende mapear las intervenciones realizadas en mujeres en el ciclo embarazo-puerperal, demostrando el impacto que posiblemente provocarán en la complejidad de su cuidado.

Palabras Clave: COVID-19; intervenciones; salud maternal; embarazada, la salud de la mujer

Introdução

A taxa de letalidade da Covid-19 nas gestantes e puérperas foi alta em 12 países da América, chegando aos 7,2% no Brasil, superando a da população em geral que foi de 2,8% (Brasil, 2021; Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

A pandemia da Covid-19 trouxe riscos à saúde das gestantes, interferindo na sua qualidade de vida e causando transtornos na própria rotina de cuidados da gestação, impactando a saúde materna de forma negativa (Oliveira, Lima & Farias, 2021).

Esta situação, causada pela Covid-19, veio dificultar o cumprimento de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável traçados pela Organização das Nações Unidas (ONU) que é de reduzir a taxa de mortalidade materna para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (Organização das Nações Unidas, 2015).

A precariedade de recursos para o cuidado com a saúde está entre as causas de risco acrescido para a morte materna durante a pandemia da Covid-19, não só no Brasil como em outros países em desenvolvimento. Desta forma, é possível que as gestantes, diagnosticadas com a doença Covid-19, tenham um desfecho desfavorável (Takemoto et al., 2020).

Percebe-se isso também pelas conclusões de uma revisão de escopo que compilou evidências sobre os impactos diretos ou indiretos da pandemia sobre a saúde materna. Essa revisão indicou que o desfecho de grávidas diagnosticadas com Covid-19 e que se apresentavam sintomáticas era mais desfavorável quando comparado a mulheres não grávidas (Kotlar et al., 2021).

Em países de baixa renda como o Paquistão, onde a taxa de mortalidade materna é alta, chegando a 148 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, a situação da pandemia da Covid-19 tornou esta crise ainda maior, já que, tanto os serviços de saúde pré-natais, como pós-natais; foram interrompidos, prejudicando o acesso das gestantes às consultas de vigilância pré-natal. (Sarwer et al., 2020).

Durante a pandemia de Covid-19 houve falhas nos cuidados pré-natal e pós-natal devido a mudança de rotina dos serviços de saúde como o adiamento de procedimentos para prevenção da propagação do SAR-CoV-2 nas unidades de saúde, as mulheres, em ciclo gravídico-puerperal apresentaram sintomas de ansiedade e depressão. Adicionalmente, o acesso aos serviços de saúde tornou-se ainda mais difícil, a somar a outros problemas que essas mulheres enfrentaram ao longo desse período (Kotlar et al., 2021).

Devido as mudanças que ocorrem no sistema imunológico durante a gestação, que as deixa mais suscetível às doenças infecciosas, as gestantes fizeram parte do grupo de risco, durante a pandemia de Covid-19. Deste modo estas mulheres precisaram de mais atenção por parte dos profissionais de saúde, que por seu lado tiveram que ser criativos e usar estratégias, até então pouco ou nada habituais, de promoção da saúde materna. Exemplo disso foi o uso da telemedicina durante as consultas pré-natais para continuar com o cuidado e monitoramento da saúde materna e fetal, mesmo em período de isolamento social (Pinho et al., 2021).

A promoção da saúde, vem sendo discutida a nível mundial desde a Primeira Conferência Internacional de 1986, onde foi aprovada a Carta de Otawa, que visava atingir a saúde para todos no ano de 2000 e nos subsequentes. Nessa Carta, temos o conceito de que a promoção da saúde é “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (World Health Organization, 1986).

O conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde diz que “saúde é um completo estado de bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (World Health Organization, 1946-48, p.1).

Embora haja estudos de revisões de escopo e sistemáticas que abordam os impactos da Covid-19 sobre a saúde materna e perinatal, não foram encontrados estudos sobre intervenções promotoras da saúde materna, o que justifica a construção dessa revisão de escopo (Kotlar et al., 2021; Thorn-Cole et al., 2022).



Não foram encontrados estudos de revisão de escopo ou sistemática com o mesmo objetivo proposto. Levando em consideração a importância da promoção da saúde dessa população neste contexto, é necessário explorar a literatura para descobrirmos que intervenções promotoras da saúde foram realizadas.

Numa pesquisa preliminar no PROSPERO, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, e JBI Evidence Synthesis foi realizada e que não foram identificadas revisões de escopo ou revisões sistemáticas atuais ou em andamento sobre o tema (Peters et al., 2015).

O objetivo dessa revisão é mapear a evidência disponível sobre as intervenções promotoras da saúde, desenvolvidas por profissionais de saúde em gestantes, parturientes e puérperas durante a pandemia da Covid-19.

1. Métodos

O protocolo de revisão de escopo proposto será conduzido de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute (JBI) para revisões de escopo que estabelece cinco etapas: 1) identificação da questão de investigação; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) análise dos dados; e 5) agrupamento, síntese e apresentação dos dados (Aromataris, Munn 2020). O relatório será elaborado seguindo as orientações constantes do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

Questão de investigação

A primeira etapa estabelecida pela metodologia JBI estabelece identificar a questão de investigação. Sendo assim, elaborou-se a seguinte questão para essa revisão: Quais as intervenções promotoras da saúde desenvolvidas por profissionais de saúde em gestantes, parturientes e puérperas durante a pandemia da Covid-19?

Objetivo

Mapear a evidência disponível sobre as intervenções promotoras da saúde, desenvolvidas por profissionais de saúde em gestantes, parturientes e puérperas durante a pandemia da Covid-19.

Critérios de Inclusão

Serão utilizados os seguintes critérios de inclusão para seleção e triagem dos estudos:

Participantes

Essa revisão irá considerar estudos que incluem gestantes de qualquer idade gestacional, parturientes de qualquer fase do trabalho de parto e puérperas até 28 dias de pós-parto.

Conceito

Essa revisão irá considerar estudos que explorem: intervenções promotoras de saúde que foram desenvolvidas por profissionais de saúde como: enfermeiras, parteiras, médicos, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas em gestantes, parturientes e puérperas no período da pandemia da Covid-19. As intervenções poderão ser preventivas como: vacinas, intervenções nutricionais, intervenções maternas e neonatais, alterações ambientais, educação e mudança de comportamento e medicamentos para prevenção de doenças, poderão ser terapêuticas e outras formas de intervenções como: intervenção tecnológica, intervenção profissional, intervenção social e intervenção governamental.

Esses conceitos de “promoção da saúde” e de “saúde”, anteriormente citados, servirão de base para definir o que consideraremos como “intervenção promotora da saúde” que está no objetivo da presente revisão de escopo. Será considerada a definição do termo “intervenções” segundo Smith e colaboradores (2015), p. 5 e 6, que se reporta a: “qualquer atividade realizada com o objetivo de melhorar a saúde humana, prevenindo doenças, curando ou reduzindo a gravidade ou duração de uma doença existente, ou restaurando a função perdida por doença ou lesão”.

Além disso, as intervenções serão divididas em 3 grandes tipos: intervenções preventivas, intervenções terapêuticas e outras intervenções. Na primeira grande categoria incluímos: intervenções nutricionais, intervenções maternas e neonatais, intervenções clínicas, educação e mudança de comportamento, medicamentos para prevenção de doenças. Na segunda categoria incluímos todas as possíveis intervenções terapêuticas e na terceira categoria incluímos outras como: intervenção tecnológica, intervenção profissional, intervenção social e intervenção governamental (Smith et al., 2015).

Contexto

Esta revisão considerará estudos que retratem o contexto da pandemia da Covid-19 englobando todas as áreas geográficas, sem qualquer restrição de região e/ou país. Serão considerados como locais de desenvolvimento das intervenções promotoras de saúde: hospitais, clínicas de saúde, redes sociais e outros meios digitais.

Tipos de fontes

Esta revisão de escopo incluirá desenhos de estudo de métodos quantitativos, qualitativos e mistos. Revisões sistemáticas e artigos de opinião também serão considerados para inclusão.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa terá como objetivo localizar estudos primários publicados e não publicados, revisões e artigos de opinião. Uma pesquisa inicial limitada de MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCO) foi realizada para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e os termos de indexação usados para descrever os artigos que foram usados para desenvolver uma estratégia de busca completa para a MEDLINE (PubMed) (quadro 1). A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos de indexação identificados, será adaptada para cada base de dados incluída. As listas de referências dos artigos selecionados para a leitura de texto completo serão revisadas para verificar se se encontram outros estudos para adicionar à revisão.

Serão considerados para inclusão estudos publicados em português, inglês e espanhol, publicados de 2019 até o presente, o início da pandemia da Covid-19 foi declarado pela Organização Mundial da Saúde em março de 2020 (OPAS,2020).

Fontes de informação

As fontes de dados a serem pesquisadas incluem: Medline (PubMed), Web of Science (WoS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus (Elsevier), (CINAHL(EBSCOhost)), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), (PsycINFO(EBSCOhost)), Index Psi Periódicos (IndexPsi) e Cochrane Library. Será ainda realizada pesquisa em fontes de literatura cinzenta como: teses e dissertações, anais de conferências, boletins informativos, relatórios, documentos governamentais e parlamentares, comunicações informais, dados de censo, relatórios de pesquisa e relatórios técnicos.

Quadro 1 – Pesquisa realizada na Medline (Pubmed) em 09 de novembro de 2022

Search	Query	Records retrieved
#1	Pregnan*[Title/Abstract] OR Gestation[Title/Abstract] OR Woman[Title/Abstract] OR Women[Title/Abstract] OR Postpartum[Title/Abstract] OR Puerperium[Title/Abstract] OR "Maternity care"[Title/Abstract] OR Labor[Title/Abstract] OR Labour[Title/Abstract] OR Gravidity[Title/Abstract] OR Obstetric[Title/Abstract] OR "Prenatal Care"[Title/Abstract]	1,842,345
#2	"Health Promotion"[Title/Abstract] OR Intervention*[Title/Abstract] OR Psychosocial[Title/Abstract] OR "Virtual health"[Title/Abstract] OR "Social Support"[Title/Abstract] OR Vaccine[Title/Abstract] OR Telemedicine[Title/Abstract] OR "Internet-Based Intervention"[Title/Abstract] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Distancing"[Title/Abstract] OR Nutriti*[Title/Abstract]	2,098,548
#3	COVID-19[Title/Abstract] OR SARS-CoV-2[Title/Abstract] OR Pandemic[Title/Abstract] OR 2019 nCoV[Title/Abstract] OR Coronavirus[Title/Abstract]	339,987



Search	Query	Records retrieved
#4	((((("Pregnant Women"[Mesh]) OR "Pregnancy"[Mesh:NoExp]) OR "Gravidity"[Mesh]) OR "Labor, Obstetric"[Mesh:NoExp]) OR "Women's Health"[Mesh]) OR "Postpartum Period"[Mesh:NoExp]) OR "Prenatal Care"[Mesh]	1,000,243
#5	((((("Health Promotion"[Mesh:NoExp]) OR "Telemedicine"[Mesh]) OR "Internet-Based Intervention"[Mesh]) OR "Mental Health Services"[Mesh]) OR "Social Support"[Mesh]) OR "Physical Distancing"[Mesh]) OR "Nutritional Status"[Mesh]) OR "Vaccines"[Mesh:NoExp]	373,338
#6	(((("Coronavirus Infections"[Mesh]) OR "COVID-19"[Mesh]) OR "SARS-CoV-2"[Mesh]) OR "Pandemics"[Mesh])	214,339
#7	(Pregnan*[Title/Abstract] OR Gestation[Title/Abstract] OR Woman[Title/Abstract] OR Women[Title/Abstract] OR Postpartum[Title/Abstract] OR Puerperium[Title/Abstract] OR "Maternity care"[Title/Abstract] OR Labor[Title/Abstract] OR Labour[Title/Abstract] OR Gravidity[Title/Abstract] OR Obstetric[Title/Abstract] OR "Prenatal Care"[Title/Abstract]) OR (((((((("Pregnant Women"[Mesh]) OR "Pregnancy"[Mesh:NoExp]) OR "Gravidity"[Mesh]) OR "Labor, Obstetric"[Mesh:NoExp]) OR "Women's Health"[Mesh]) OR "Postpartum Period"[Mesh:NoExp]) OR "Prenatal Care"[Mesh])	2,228,867
#8	("Health Promotion"[Title/Abstract] OR Intervention*[Title/Abstract] OR Psychosocial[Title/Abstract] OR "Virtual health"[Title/Abstract] OR "Social Support"[Title/Abstract] OR Vaccine[Title/Abstract] OR Telemedicine[Title/Abstract] OR "Internet-Based Intervention"[Title/Abstract] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Distancing"[Title/Abstract] OR Nutriti*[Title/Abstract]) OR (((((((("Health Promotion"[Mesh:NoExp]) OR "Telemedicine"[Mesh]) OR "Internet-Based Intervention"[Mesh]) OR "Mental Health Services"[Mesh]) OR "Social Support"[Mesh]) OR "Physical Distancing"[Mesh]) OR "Nutritional Status"[Mesh]) OR "Vaccines"[Mesh:NoExp])	2,264,791
#9	(COVID-19[Title/Abstract] OR SARS-CoV-2[Title/Abstract] OR Pandemic[Title/Abstract] OR 2019 nCoV[Title/Abstract] OR Coronavirus[Title/Abstract]) OR (((("Coronavirus Infections"[Mesh]) OR "COVID-19"[Mesh]) OR "SARS-CoV-2"[Mesh]) OR "Pandemics"[Mesh])	353,546
#10	(((Pregnan*[Title/Abstract] OR Gestation[Title/Abstract] OR Woman[Title/Abstract] OR Women[Title/Abstract] OR Postpartum[Title/Abstract] OR Puerperium[Title/Abstract] OR "Maternity care"[Title/Abstract] OR Labor[Title/Abstract] OR Labour[Title/Abstract] OR Gravidity[Title/Abstract] OR Obstetric[Title/Abstract] OR "Prenatal Care"[Title/Abstract]) OR (((((((("Pregnant Women"[Mesh]) OR "Pregnancy"[Mesh:NoExp]) OR "Gravidity"[Mesh]) OR "Labor, Obstetric"[Mesh:NoExp]) OR "Women's Health"[Mesh]) OR "Postpartum Period"[Mesh:NoExp]) OR "Prenatal Care"[Mesh])) AND ((("Health Promotion"[Title/Abstract] OR Intervention*[Title/Abstract] OR Psychosocial[Title/Abstract] OR "Virtual health"[Title/Abstract] OR "Social Support"[Title/Abstract] OR Vaccine[Title/Abstract] OR Telemedicine[Title/Abstract] OR "Internet-Based Intervention"[Title/Abstract] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Distancing"[Title/Abstract] OR Nutriti*[Title/Abstract]) OR (((((((("Health Promotion"[Mesh:NoExp]) OR "Telemedicine"[Mesh]) OR "Internet-Based Intervention"[Mesh]) OR "Mental Health Services"[Mesh]) OR "Social Support"[Mesh]) OR "Physical Distancing"[Mesh]) OR "Nutritional Status"[Mesh]) OR "Vaccines"[Mesh:NoExp]))) AND ((COVID-19[Title/Abstract] OR SARS-CoV-2[Title/Abstract] OR Pandemic[Title/Abstract] OR 2019 nCoV[Title/Abstract] OR Coronavirus[Title/Abstract]) OR (((("Coronavirus Infections"[Mesh]) OR "COVID-19"[Mesh]) OR "SARS-CoV-2"[Mesh]) OR "Pandemics"[Mesh]))	7,174
#11	(((Pregnan*[Title/Abstract] OR Gestation[Title/Abstract] OR Woman[Title/Abstract] OR Women[Title/Abstract] OR Postpartum[Title/Abstract] OR Puerperium[Title/Abstract] OR "Maternity care"[Title/Abstract] OR Labor[Title/Abstract] OR Labour[Title/Abstract] OR Gravidity[Title/Abstract] OR Obstetric[Title/Abstract] OR "Prenatal Care"[Title/Abstract]) OR (((((((("Pregnant Women"[Mesh]) OR "Pregnancy"[Mesh:NoExp]) OR "Gravidity"[Mesh]) OR "Labor, Obstetric"[Mesh:NoExp]) OR "Women's Health"[Mesh]) OR "Postpartum Period"[Mesh:NoExp]) OR "Prenatal Care"[Mesh])) AND ((("Health Promotion"[Title/Abstract] OR Intervention*[Title/Abstract] OR Psychosocial[Title/Abstract] OR "Virtual health"[Title/Abstract] OR "Social Support"[Title/Abstract] OR Vaccine[Title/Abstract] OR Telemedicine[Title/Abstract] OR "Internet-Based Intervention"[Title/Abstract] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Distancing"[Title/Abstract] OR Nutriti*[Title/Abstract]) OR (((((((("Health Promotion"[Mesh:NoExp]) OR "Telemedicine"[Mesh]) OR "Internet-Based Intervention"[Mesh]) OR "Mental Health Services"[Mesh]) OR "Social Support"[Mesh]) OR "Physical Distancing"[Mesh]) OR "Nutritional Status"[Mesh]) OR "Vaccines"[Mesh:NoExp]))) AND ((COVID-19[Title/Abstract] OR SARS-CoV-2[Title/Abstract] OR Pandemic[Title/Abstract] OR 2019 nCoV[Title/Abstract] OR Coronavirus[Title/Abstract]) OR (((("Coronavirus Infections"[Mesh]) OR "COVID-19"[Mesh]) OR "SARS-CoV-2"[Mesh]) OR "Pandemics"[Mesh])) Filters: English, Portuguese, Spanish, from 2019- 2022	6,496
Limited to language- English, Portuguese, Spanish, from 2019- 2022		

Seleção de Estudos

Após a pesquisa, todos os registros identificados serão compilados e carregados no Mendeley e os duplicados serão removidos. Após um teste piloto, os títulos e resumos serão selecionados por dois revisores independentes para avaliação de acordo com os critérios de inclusão para a revisão. Os estudos potencialmente relevantes serão recuperados na íntegra. Depois de triados, as referências dos estudos incluídos serão analisadas detalhadamente para identificação de outros estudos para inclusão na revisão. As razões para a exclusão dos estudos que não atenderem aos critérios de inclusão serão registradas e relatadas na revisão de escopo. Quaisquer divergências que surjam entre os revisores em cada etapa do processo de seleção serão resolvidas por meio de discussão entre eles ou com um terceiro revisor. Os resultados da pesquisa serão relatados na íntegra na revisão de escopo final e apresentados em fluxograma PRISMA-ScR (Page et al., 2021).

Extração de dados

Os dados serão extraídos dos estudos incluídos na revisão de escopo por dois revisores independentes usando um quadro sinóptico como ferramenta de extração de dados desenvolvido para este efeito (Quadro 2). Os dados extraídos incluirão detalhes específicos sobre as intervenções promotoras da saúde desenvolvidas por profissionais de saúde em gestantes, parturientes e puérperas durante a pandemia da Covid-19, e respeitarão os critérios de inclusão para seleção e triagem dos estudos. Uma ferramenta de extração de rascunho é fornecida. A ferramenta de extração de dados será modificada e revisada conforme necessário durante o processo de extração de dados de cada artigo incluído. Quaisquer modificações serão detalhadamente justificadas na revisão completa do escopo. Os autores dos estudos serão contactados para solicitar dados ausentes ou adicionais, quando necessário.

Quadro 2 – Instrumento de extração dos dados

Autores e ano	Área do conhecimento	Título	País onde o estudo foi realizado	Desenho do estudo	Participantes	Resultados	Intervenções

Análise e apresentação dos dados

Os dados extraídos serão apresentados em tabelas, gráficos e, quando necessário, serão descritos em forma textual para deixar ainda mais clara a apresentação, estando estes alinhados com os objetivos da revisão. A apresentação dos resultados será realizada por meio de categorias conceituais.

2. Resultados

Pretende-se nessa Revisão de Escopo, localizar os diversos estudos que abordem diferentes tipos de intervenções promotoras da saúde realizadas por profissionais de saúde nas mulheres no ciclo gravídico-puerperal no período da Covid-19.

Conclusão

Este protocolo de revisão de escopo foi elaborado de acordo com as diretrizes recomendadas pela JBI para realização de um estudo desta tipologia. A partir desse, com o desenvolvimento da futura revisão, poderão ser identificadas lacunas do conhecimento e encontrar dados que possibilitem a realização futura de revisões sistemáticas de efetividade ou identificar áreas de intervenção que tenham ficado a descoberto dos cuidados de saúde à população em ciclo gravídico-puerperal.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.




Agradecimentos e Financiamento

Agradecemos à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) e à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) pelo apoio e excelência nas investigações de alto nível de alcance internacional. Agradecemos também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e pela bolsa de doutorado concedida à Karini Manhães de Carvalho e, ainda, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo financiamento do projeto intitulado “Evidências científicas, intervenções em saúde e tecnologia assistencial inovadora voltada ao período gravídico-puerperal e neonatal no contexto da pandemia da Covid-19”, por meio da Chamada CNPq Nº 26/2021- Apoio à Pesquisa Científica, Tecnológica e de Inovação: Bolsas no Exterior, Processo nº 403121/2022-1.

Referências bibliográficas

- Aromataris, E., Munn, Z., editors. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis* [internet]. Adelaide: JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Observatório COVID-19. Semanas Epidemiológicas 20 e 21, 16 a 29 de maio de 2021. 2021. https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf
- Kotlar, B., Gerson, E. M., Petrillo, S., Langer, A. & Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reproductive health*, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>
- Liu, J., Cao, Y., Xu, C., Zhou, C., Wei, W., Yuan, J., Wang, L., Kang, L., & Qu, X. (2021). Midwifery and Nursing Strategies to protect against COVID-19 during the third trimester of pregnancy. *Midwifery*, 92, 102876. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102876>
- Munn, Z., Aromataris, E., Tufanaru, C., Stern, C., Porritt, K., Farrow, J., Lockwood, C., Stephenson, M., Moola, S., Lizarondo, L., McArthur, A., Peters, M., Pearson, A., & Jordan, Z. (2019). The development of software to support multiple systematic review types: the Joanna Briggs Institute System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI SUMARI). *International journal of evidence-based healthcare*, 17(1), 36–43. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000152>
- Oliveira, F. P., Lima, M. R. da S., Farias, F. L. R. (2021). Assistência à saúde de gestantes no contexto da pandemia do COVID-19. *Revista Interdisciplinar*, v. 14, n. 1, p. 15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7973392>.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. 2020. <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>.
- Organização das Nações Unidas (ONU). Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 2015. <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.
- Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 18 de mayo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Pinho, M. D. M., Viana, J. A., Queiroz, P. dos S. S., Barbosa, M. S. N., de Sousa, H. R., Santos, J. C., Murada, S. G. R., Araújo, M. N. (2021). Assistência à gestante durante a pandemia da Covid-19: complicações na gestação. *Brazilian Journal of Development*, 7(12), 110998–111013. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-061>
- Sarwer, A., Javed, B., Soto, E. B., Mashwani, Z. R. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on maternal health services in Pakistan. *The international journal of health planning and management*, 35(6), 1306-1310. <https://doi.org/10.1002/hpm.3048>
- Smith, P. G., Morrow, R. H., & Ross, D. A. (2015). Tipos de intervenção e seu desenvolvimento. In *Field Trials of Health Interventions*, 3ª edição. Imprensa da Universidade de Oxford.



Manhães de Carvalho, K., Terezinha Stein Backes, M. ., Pestana-Santos, M. ., & Lopes de Freitas Lomba, M. de L. (2023). Intervenções promotoras da saúde de mulheres em ciclo gravídico-puerperal durante a pandemia covid-19: Protocolo scoping review.

Servir, 2(6), e29465. <https://doi.org/10.48492/servir0206.29465>

27

- Takemoto, M. L. S., Menezes, M. O., Andreucci, C. B., Knobel, R., Sousa, L. A. R., Katz, L., ... Amorim, M. M. R. (2020). Maternal mortality and COVID-19. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 35(12), 2355-2361. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1786056>
- Thorn-Cole, H., De Labrusse, C., Abderhalden-Zellweger, A., Kaech, C., Hammer, R. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on maternity services in Europe: a mixed methods systematic review protocol. *JB1 evidence synthesis*, 20(9), 2303-2311 <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00002>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- World Health Organization – Constitution of the World Health Organization. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/34965>

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DOR EM DOENTES EM URGÊNCIA BÁSICA

NON-PHARMACOLOGICAL NURSING INTERVENTIONS IN PAIN MANAGEMENT IN PATIENTS IN BASIC EMERGENCY

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES EN EMERGENCIA BÁSICA

Sílvia Patrícia Silva Alves¹
Maria Augusta Romão Veiga Branco²

¹Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal (silviapatricia.sa@hotmail.com)
<https://orcid.org/0000-0002-3147-2276>

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

Corresponding Author
Sílvia Patrícia Silva Alves
Rua do Queimado n.137 R/C Frente
4600-245 Amarante, Portugal
silviapatricia.sa@hotmail.com

RECEIVED: 17th March, 2023
ACCEPTED: 1st June, 2023
PUBLISHED: 15th August, 2023

Servir, 2(6), e30277

DOI:10.48492/servir0206.30277

2023



RESUMO

Introdução: As intervenções não farmacológicas de enfermagem são uma expressão relevante na visibilidade e autonomia de enfermagem na Gestão da Dor (GD) em Serviço de Urgência (SU).

Objetivo: Reconhecer as Intervenções não Farmacológicas (InF) de enfermagem em GD em doentes em Serviço de Urgência Básica (SUB).

Métodos: Estudo transversal, quantitativo, correlacional, realizado a partir dos resultados obtidos da aplicação da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor, (António, 2019), numa amostra de 157 enfermeiros em SUB, aplicada a partir do Google Docs.

Resultados: Foram reconhecidas como InF em GD, a promoção do conforto, adequação do posicionamento, conhecimento das InF, e, aplicação de calor e frio. Não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as variáveis sociodemográficas e as InF em GD. Os enfermeiros do género masculino, com idade superior a 55 anos, pósgraduados, com menos tempo de exercício profissional, bem como os enfermeiros que exercem funções em SUB há 21-30 anos pontuaram mais, indicando serem estes os participantes que mais conhecem as InF para GD e as executam. O estudo revelou uma prevalência de enfermeiros sem formação em dor, sendo que, numa análise por género predomina o masculino.

Conclusão: Considera-se pertinente a proposta de promoção de formação, como variável fundamental para o desenvolvimento de competências na GD através de InF aos doentes que recorrem ao SUB.

Palavras-chave: dor; serviço de urgência básica; enfermagem; intervenções não farmacológicas; gestão da dor

ABSTRACT

Introduction: Non-pharmacological nursing interventions are a relevant expression of the visibility and autonomy of nursing in Pain Management (PM) in the Emergency Service (ES).

Objective: Recognize Non-Pharmacological Nursing Interventions (NPNI) in PM in patients in the Basic Emergency Service (BES).

Methods: A cross-sectional, quantitative, and correlational study, carried out using the results obtained from the application of the Nursing Practices Scale in Pain Management (António, 2019) in a sample of 157 nurses in BES, applied from Google Docs.

Results: The promotion of comfort, adequate positioning, and knowledge, as well as the application of heat and cold, were recognized as NPNI of pain management. There are no statistically significant differences ($p > 0.05$) between the sociodemographic variables and the NPNI of PM. Male nurses, aged over 55 years, postgraduates with less time in professional practice, and those who have worked in BES for 21–30 years had higher scores, indicating that these are the participants who know the most about the NPNI and PM and execute them. The study revealed a prevalence of nurses with no training in pain, and, in an analysis by gender, male predominated.

Conclusion: The proposal to promote training is considered relevant, as a fundamental variable for the development of competences in PM through NPNI for patients who use the BES.

Keywords: pain; basic emergency service; nursing; non-pharmacological interventions; pain management

RESUMEN

Introducción: Las intervenciones no farmacológicas de enfermería son una expresión relevante en la visibilidad y autonomía de enfermería del Manejo del Dolor (MD) en el Servicio de Emergencia (SE).

Objetivo: Reconocer las Intervenciones no Farmacológicas (InF) de enfermería en MD en pacientes del Servicio Básico de Emergencia (SBE).

Métodos: Estudio transversal, cuantitativo, correlacional, realizado a partir de los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Prácticas de Enfermería en el Manejo del Dolor, (António, 2019), en una muestra de 157 enfermeros en SBE, aplicada a partir de Google Docs.

Resultados: La promoción del confort, la adecuación del posicionamiento, el conocimiento del InF y la aplicación de calor y frío fueron reconocidos como InF de MD. No existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre las variables sociodemográficas y las InF de MD. Los enfermeros, mayores de 55 años, posgraduados, con menor tiempo de ejercicio profesional, así como los enfermeros que actuaron en SBE durante 21-30 años, puntuaron más, mostrando que son los participantes que más saben sobre las InF para MD y los que más realizaron. El estudio reveló un predominio de enfermeros sin formación en dolor y, en el análisis por género, donde predomina el sexo masculino.

Conclusión: Se considera relevante la propuesta de promover la formación, como variable fundamental para el desarrollo de competencias en MD a través de InF para los pacientes que utilizan el SBE.

Palabras Clave: dolor; servicio básico de urgencias; enfermería; intervenciones no farmacológicas; manejo del dolor

Introdução

As Intervenções não Farmacológicas (InF) de enfermagem em Gestão da Dor (GD) referem-se a intervenções que não envolvem o uso de medicamentos e fazem parte das intervenções autónomas de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2008). Ao decidir sobre a técnica não farmacológica mais eficaz, tem de se ter em consideração a idade do doente, o nível de desenvolvimento, a história clínica e experiências anteriores, grau e intensidade atual de dor e/ou dor antecipada. A vantagem destas intervenções é que são relativamente baratas e seguras. Diminuem o medo, a angústia, a ansiedade e proporcionam aos doentes uma sensação de controlo (Komann et al., 2019).

Em Portugal mais de 30% das pessoas adultas relata dor crónica e mais de 14% classifica a dor como moderada ou forte, no entanto, a dor aguda é o principal motivo de admissão hospitalar (Mota et al., 2020).

A dor é uma sensação comum e desagradável entre as pessoas que recorrem aos Serviços de Urgência (SU). Por conseguinte, a utilização de métodos adequados de GD, tais como InF de Enfermagem, é uma prioridade. Embora o alívio apropriado desta experiência seja um direito humano, há casos em que a sua gestão e monitorização nestas unidades ainda é subestimado (Oliveira et al., 2016), sendo esta uma das principais queixas dos doentes que recorrem aos Serviços de Urgência Básica (SUB).

Os SUB estão caracterizados no artigo 3º do despacho 10319/2014 publicado em Diário da República, 2ª série – Nº153 – 11 de agosto de 2014, como sendo “o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência (...) constituem-se como um nível de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade nas situações que exijam um nível de cuidados mais diferenciado” (Ministério da Saúde, 2014). Ainda segundo o mesmo despacho, o SUB “deve existir onde se considere justificado para garantir o acesso, a serviços de urgência, quando a população de uma determinada área territorial não tenha assegurado um nível de SU superior num tempo máximo de acesso de 60 minutos” (Ministério da Saúde, 2014).

Tendo como ponto de partida o trabalho desenvolvido por António (2017), acerca das práticas dos enfermeiros em GD no serviço de urgência e o seu instrumento de recolha dados “Escala de Práticas de Enfermagem em Gestão da Dor”, validada para a população portuguesa (António, 2019), delineou-se como objetivo geral para este estudo reconhecer as Intervenções não Farmacológicas (InF) de enfermagem implementadas em Gestão de Dor (GD) no doente nos Serviços de Urgência Básica (SUB), para uma reflexão, possível mudança de atitudes e melhoria da prática profissional neste domínio, uma vez que a maioria dos estudos incidem em Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e/ou Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

Os objetivos específicos são os seguintes: conhecer a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra; analisar a relação estatística entre a variável dependente (InF) e as variáveis sociodemográficas e profissionais; analisar a relação entre o nível de formação e a variável sociodemográfica género.

1. Enquadramento Teórico

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) e redefinida pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2020) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos”. A dor tem sido referida como uma experiência individual subjetiva e multidimensional, sendo que os “fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2008).



A dor é um fenómeno fisiológico protetivo que permite ao corpo humano localizar um estímulo nocivo ou potencialmente lesivo, através de uma resposta reflexiva e cognitiva rápida para evitar ou reduzir lesões físicas. É identificada como um dos problemas importantes que precisam ser controlados, uma vez que, quando não tratada, causa distúrbio do sono, ansiedade, medo e declínio da funcionalidade (Uysal & Yilmazer, 2021).

Com a perpetuação da experiência da dor, o sofrimento físico e emocional poderá traduzir-se na diminuição da qualidade de vida de quem a experiencia continuamente (Rodrigues, 2022).

Foram identificados seis pontos-chave relativos à definição de dor: é uma sensação pessoal, influenciada por diversos fatores; não se resume apenas a uma atividade neuronal; a sua definição é aprendida pelos sujeitos ao longo da sua experiência de vida; deve-se respeitar o relato da dor do indivíduo; a dor tem uma função adaptativa, mas pode ter efeitos adversos na qualidade de vida; a incapacidade de comunicar não invalida a possibilidade de um indivíduo sentir dor. A dor pode ser considerada aguda ou crónica (IASP, 2020).

Reforçando a sua multidimensionalidade e a perceção da sua elevada prevalência na população portuguesa, a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), através do seu Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, reconhece a importância fulcral dos enfermeiros investirem em formação aprofundada e especializada para que estes mesmos sejam capazes de gerir e tratar estes doentes através de cuidados baseados na evidência científica mais atual.

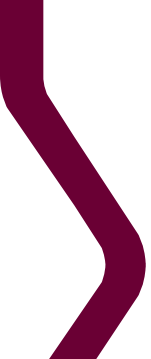
Suportados em evidências científicas Zeleke et al. (2021), referem que entre 55% a 78,6% dos doentes internados experimentam dor moderada a grave. Ainda existem problemas relativos à GD, apesar de as formações na área, particularmente no que se refere às InF e presença de equipas multidisciplinares de dor. De acordo com a American Nurses Association (ANA), como referenciam Zeleke et al. (2021), o papel dos enfermeiros na GD inclui todo o processo de enfermagem, avaliação da dor, plano de intervenções farmacológicas e não farmacológicas em GD, implementação e avaliação da resposta do doente às intervenções. A dor é o principal sintoma que leva os doentes ao serviço de urgência, sendo que aproximadamente 79% dos doentes hospitalizados sofrem dela (Zeleke et al., 2021).

As práticas de GD são definidas como um conjunto de atividades que devem ser fornecidas pelos enfermeiros para gerir eficazmente a dor dos doentes, o que inclui a avaliação da dor, o fornecimento de intervenções adequadas para aliviar a dor e a reavaliação da dor dos doentes após a intervenção (Liyew et al., 2020). De acordo com os mesmos autores, um dos papéis dos enfermeiros é gerir a dor dos doentes com base em InF em GD, tais como apoio psicológico, massagem, toque terapêutico, mudança de posicionamentos, aplicação de calor/frio, técnicas de distração, entre outras. Mesmo que a gestão não farmacológica da dor não substitua o tratamento farmacológico, estas intervenções de GD devem ser utilizadas como complemento para reduzir os sintomas, ajudar ao relaxamento e melhorar o padrão de sono (Zeleke et al., 2021).

O enfermeiro tem um papel fulcral no que a InF diz respeito, uma vez que, está em contacto direto com a pessoa, tendo a oportunidade de ensiná-la e esclarecê-la quanto aos benefícios ou não destas técnicas. Este, deve atuar junto do doente, procurando solucionar o “desconforto da melhor forma possível, pois as InF caracterizam-se por intervenções que visam a assistência à saúde da pessoa, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-a como corpo, mente e espírito” (Cunha, 2018).

As intervenções não farmacológicas são consideradas mais seguras e convenientes uma vez que, podem reduzir os efeitos secundários do uso excessivo de medicação analgésica. Além disso, a sua aplicação reduz a probabilidade de dependência de intervenções farmacológicas. As InF também trazem outros benefícios, como menores custos médicos, diversificação e facilidade de uso e maior satisfação do doente (Kia et al., 2021).

As intervenções não farmacológicas em GD que podem ser utilizadas pelos enfermeiros em SUB para aliviar a dor incluem: musicoterapia, aplicação de frio/quente, exercícios adaptados, terapia de posicionamento, massagem terapêutica, apoio social, apoio espiritual e religioso, terapia de relaxamento, exercício respiratório profundo e lento e terapia de distração.



Alves, S. P. S., & Veiga-Branco, M. A. R. (2023).

Intervenções não farmacológicas de enfermagem na gestão da dor em doentes em urgência básica.

Servir, 2(6), e30277. <https://doi.org/10.48492/servir0206.30277>

Por conseguinte, os enfermeiros devem possuir competências adequadas para a execução de métodos não farmacológicos e farmacológicos em GD (Liyew et al., 2020; Zeleke et al., 2021).

As intervenções não farmacológicas mais utilizadas na prática clínica para a GD em adultos e idosos, foram identificadas no estudo de Santos et al. (2022) como sendo a aplicação de gelo, musicoterapia e a reflexologia.

Para além da GD, estas práticas contribuíram também para promover pensamentos de distração da pessoa com dor, a aproximação entre os doentes e os enfermeiros, o alívio do stress, melhoria da condição fisiológica, regulação da tensão arterial, equilíbrio energético, promoção do bem-estar do corpo e da mente, melhoria da ansiedade, humor, relaxamento, conforto, reforço do sistema imunitário e diminuição do uso de analgesia. De igual modo, Sakalli e Kara (2022) denotam que os enfermeiros recorrem à utilização de métodos complementares e integrativos, como a massagem, musicoterapia, Neuroestimulação Elétrica Transcutânea (TENS), acupressão e aromaterapia na GD pós-operatória, resultando na diminuição da necessidade de analgésicos, incluindo a diminuição da quantidade e frequência de opiáceos administrados, o que se traduziu no aumento da qualidade de vida.

A dor é uma queixa comum no SUB e a sua gestão está mais frequentemente dependente do tratamento farmacológico, mas as evidências sugerem que InF podem ser benéficas (Sakamoto et al., 2018). Tendo em conta esta premissa, os mesmos autores realizaram uma revisão sistemática e meta-análise para avaliar a eficácia da GD através de InF num Serviço de Urgência (SU). As intervenções mais utilizadas foram a aplicação de calor/frio, técnicas de distração, massagem, posicionamento e, toque terapêutico.

Os doentes quando recorrem a um SUB geralmente esperam que a sua dor seja tratada, no entanto, apesar das suas expectativas, há muitas vezes um controlo inadequado da dor (Abdolrazaghnejad et al., 2018). Os mesmos autores referem que a GD é usada como indicador de qualidade e que pode ser utilizada como marcador para avaliar o atendimento no SUB.

A dor aguda pode ter efeitos fisiológicos e psicológicos adversos, que podem agravar-se com um tratamento inadequado da dor em doentes nos SU. A dor está sempre presente nos SUB, mas é frequentemente subestimada e os estudos incidem mais na dor no serviço de urgência geral. Acredita-se que a existência de mais formação específica na área e a implementação de protocolos de InF de enfermagem para a sua gestão pode capacitar os enfermeiros a gerir a dor dos doentes que recorrem a um SUB de forma mais eficaz e atempada. A necessidade de uma mudança cultural no comportamento dos enfermeiros em relação à GD deve plasmar o que está promulgado pela DGS (2003), como 5º sinal vital, que exige uma constante e rigorosa avaliação, gestão e mensuração da sua intensidade, independentemente do serviço de saúde.

As InF compreendem a utilização de técnicas que podem ser usadas antes e/ou durante a administração de fármacos. O plano de tratamento deve ser “individualizado e dirigido, sempre que possível, à causa desencadeante da dor. Este plano deve englobar atitudes terapêuticas de diferentes tipos, articuladas entre si de forma harmoniosa” (Prata, 2015).

As intervenções não farmacológicas de enfermagem consistem em terapias complementares para a GD, cabendo ao enfermeiro demonstrar a eficácia destas técnicas no seu local de trabalho. As intervenções físicas podem ser usadas isoladamente ou em complementaridade com outras medidas ou técnicas, entendidas no âmbito da estimulação cutânea: técnica usada para o “relaxamento fisiológico, a ativação de mecanismos inibitórios da dor, atuando principalmente no bloqueio ou diminuição da transmissão de impulsos dolorosos”, sendo exemplos, “a massagem, a aplicação de calor ou frio, a alternância de decúbitos/posicionamentos” (Cunha, 2018). A mesma autora salienta ainda as intervenções comportamentais que estão associadas ao “foro intelectual e psicossocial”, nomeadamente “o relaxamento, a musicoterapia e a imaginação guiada”. No que se refere às intervenções de suporte emocional, as mesmas atuam ao nível do “foro emocional”, sendo exemplos “o toque terapêutico, a escuta ativa e a promoção do conforto” (Cunha, 2018).



Evidências científicas documentam que as InF em GD podem ser agrupadas em três níveis: cognitivo, físico e emocional. Por exemplo, as técnicas de relaxamento e de respiração funcionam ao nível da mente; a massagem na mudança de posição e a TENS a nível cutâneo.

O tato e a tranquilidade são agrupados a nível emocional. A dor é uma experiência subjetiva que envolve uma interação complexa de influências fisiológicas, psicossociais, culturais e ambientais (Geltore & Angelo, 2021; Motov et al., 2021; Komann et al., 2019).

No estudo de Sampson et al. (2020) ficou demonstrado que os enfermeiros em contexto de serviço de urgência recorrem com frequência, quando adequado para controlo da dor, à aplicação de calor e frio, executam a técnica de distração, a técnica de imaginação guiada, a técnica de massagem, bem como adequam o posicionamento da pessoa e, promovem o conforto e o toque terapêutico. Sobressaiu também, o facto de os enfermeiros planearem as intervenções para o controlo da dor, procedendo à sua reavaliação, comparando com o valor anterior e que comunicam os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, para garantirem a continuidade dos cuidados, bem como, transmitem esta informação aquando da transferência do doente para outra unidade. Neste âmbito, António et al. (2017) referem que o “papel dos enfermeiros na gestão da dor é fulcral e compreende a sua avaliação, o recurso a intervenções farmacológicas e não farmacológicas adequadas a cada caso”, podendo, assim, recorrer à “aplicação do calor e frio, técnica de distração, técnica de massagem, técnica de relaxamento, promoção do conforto, toque terapêutico, entre outras”.

No estudo português de Teixeira e Durão (2016) é reforçada a ideia de que a GD na pessoa em situação crítica, envolve não só implementação de intervenções interdependentes (intervenções farmacológicas) mas também as autónomas (intervenções não farmacológicas). Neste seguimento, o enfermeiro é um profissional multifacetado e, como formação de base, distingue-se pelas suas componentes holísticas, éticas e deontológicas, com um meio de atuação em contexto multiprofissional na prestação de cuidados.

A conjugação das dimensões científica, técnica e humana são essenciais para a excelência das práticas de enfermagem para dar resposta às necessidades de uma pessoa ou grupo concreto para a melhoria da experiência destes, mesmo quando recorrem aos serviços de saúde (Nunes, 2018, citado por Rodrigues, 2022). Mais especificamente no SUB, o papel do enfermeiro é fundamental na prescrição e prestação de intervenções autónomas não farmacológicas para a GD, que são concomitantemente um contributo para a investigação em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Sendo o SUB um serviço de suporte à pessoa em situação crítica e indo de encontro ao regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, reforça-se que os enfermeiros especialistas de médico-cirúrgica a trabalhar nesta área possuem a capacidade de fazer e ter uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica”, destacando-se como critério de avaliação “demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, artigo 9º, anexo II, Regulamento nº429/2018).

2. Métodos

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em coorte transversal. Aplicouse a “Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor”, (António, 2019), a uma amostra de enfermeiros a exercerem atividade em serviço de urgência básica (SUB) em Portugal Continental.

2.1 População/Amostra

A população em estudo é constituída por enfermeiros a exercer funções em SUB de Portugal Continental, distribuídos por um total de 39 SUB a nível nacional.

A amostra é constituída por 157 enfermeiros a exercerem funções em SUB, maioritariamente do género feminino (72,6%), com idades compreendidas entre os 24 e os 62 anos.

2.1.1. Critérios de inclusão

Consideraram-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro a exercer funções em SUB em Portugal Continental e aceitar participar no estudo.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) aqui selecionado emergiu da pesquisa bibliográfica selecionada, para mensurar a variável dependente aqui em estudo. Assim assumiu-se a Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor criada e validada para a população portuguesa por António (2019), sob parecer favorável do autor. Este IRD, de autopreenchimento, apresenta 68 itens, que configuram duas componentes para dar consecução aos objetivos da pesquisa: a primeira, insere as variáveis de caracterização socioprofissional; a segunda, insere as variáveis relativas à análise e avaliação das intervenções de enfermagem emergentes a partir do que se considerou a componente legal, a profissional e a evidência científica para a prática de intervenções ao nível da GD. Esta componente apresenta 7 domínios de intervenção: (1) avaliação inicial (itens 1-28), (2) planeamento (itens 31-37), (3) execução de intervenções farmacológicas (itens 38-40), (4) execução de intervenções não farmacológicas (itens 41-51), (5) reavaliação (itens 53-54; 57-60), (6) registo (itens 29-30; 55-56), e finalmente, (7) o domínio de ensino à pessoa com dor (itens 61-68). Todavia, e considerando o objetivo de estudo salvaguarda-se que, na presente pesquisa, apenas foi considerado o domínio de execução de intervenções não farmacológicas.

Cada um destes domínios, como variável independente da variável dependente, é por sua vez operacionalizado através de respetivos itens, que por sua vez se encontram operacionalizados através uma escala de likert que quantifica o valor de frequência de ocorrência, entre 0 e 4: (0) não sei/sem opinião; (1) nunca; (2) raramente; (3) frequentemente; (4) sempre (António, 2019). Quanto maior a pontuação final, melhores são as intervenções de enfermagem.

2.3 Procedimentos

O procedimento para implementação e aplicação do IRD, foi desencadeado após análise do projeto de investigação, a partir do parecer favorável da Comissão de Ética de uma instituição hospitalar do Norte de Portugal. Procedeu-se à aplicação e divulgação do IRD via online, a partir do Google Docs, no período entre 1 de Abril a 31 de Julho de 2022. Foi concedido o esclarecimento livre dos participantes e garantida a sua confidencialidade.

O procedimento para análise de variáveis, foi desencadeado a partir do tratamento estatístico em programa IBM - Statistical Package Social Science (SPSS) 26.

Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%). Foram usados os cálculos de médias (\bar{x}), desvio padrão (δ) e coeficiente de variação (CV%).

No que respeita à estatística indutiva ou inferencial, utilizou-se testes não paramétricos, pelo motivo de não se cumprir o pressuposto da normalidade em vários fatores da variável dependente: teste U de Mann-Whitney (UMW), Teste Kruskal-Wallis (KW). Em todos os testes, o valor de significância considerado foi 5%, $p < 0.05$.

3. Resultados

Considerando o primeiro objetivo específico, apresenta-se o estudo da amostra do ponto de vista sociodemográfico (cf. Tabela 1). A amostra é constituída por 157 enfermeiros a exercerem funções em SUB de Portugal Continental, sendo 72,6% do género feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 62 anos. Prevalecem, neste estudo, os participantes com idade entre os 36-45 anos (40,1%), com grau académico de licenciatura (50,3%), com tempo de serviço profissional entre os 11-20 anos (47,1%) e tempo de exercício profissional em SUB ≤ 10 anos (66,9%).



Tabela 1 – Apresentação dos valores absolutos e relativos da distribuição das variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra em função do gênero

Gênero Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N (43)	% (27.4)	N (114)	% (72.6)	N (157)	% (100.0)	1	2		
Idade										
≤35 anos	17	39,5	38	33,3	55	35,0	,7	-,7	0,957	0,812
36-45 anos	16	37,2	47	41,2	63	40,1	-,5	,5		
46-55 anos	8	18,6	20	17,5	28	17,8	,2	-,2		
>56 anos	2	4,7	9	7,9	11	7,0	-,7	,7		
Habilitações literárias										
Bacharelato	0	0,0	1	0,9	1	0,6	-,6	,6	3,100	0,541
Licenciatura	24	55,8	55	48,2	79	50,3	,8	-,8		
Pós-graduação	8	18,6	17	14,9	25	15,9	,6	-,6		
Póslicenciatura/ Especialização	3	7,0	19	16,7	22	14,0	-1,6	1,6		
Mestrado	8	18,6	22	19,3	30	19,1	-,1	,1		
Tempo de exercício profissional										
≤10 anos	14	32,6	35	30,7	49	31,2	,2	-,2	0,414	0,937
11-20 anos	21	48,8	53	46,5	74	47,1	,3	-,3		
21-30 anos	6	14,0	18	15,8	24	15,3	-,3	,3		
>30 anos	2	4,7	8	7,0	10	6,4	-,5	,5		
Tempo de exercício profissional em SUB										
≤10 anos	32	74,4	73	64,0	105	66,9	1,2	-1,2	3,333	0,189
11-20 anos	9	20,9	39	34,2	48	30,6	-1,6	1,6		
21-30 anos	2	4,7	2	1,8	4	2,5	1,0	-1,0		

O estudo da variável sociodemográfica idade, permite verificar que a média de idades é de 40 anos ($\delta = 8,77$ anos), sendo as mulheres, em média ($X=40,31$ anos, $\delta = 8,61$ anos), mais velhas que os seus congêneres do sexo oposto. Quanto ao tempo de exercício da profissão de Enfermagem, para o total da amostra, regista-se um mínimo e um máximo a oscilar entre 1 a 39 anos, correspondendo-lhe uma média de 15,47 anos ($\delta = 8,53$ anos).

Nos homens, há uma variação de 1 a 38 anos e, nas mulheres de 1 a 39 anos de tempo de Exercício da profissão de Enfermagem, sendo as mulheres as que apresentam mais tempo de exercício profissional ($X=15,84$ anos, $\delta = 8,43$ anos). Em relação ao tempo de exercício profissional em SUB, verifica-se um mínimo e um máximo a oscilar entre 1 a 27 anos, correspondendo-lhe uma média de 9,11 anos ($\delta = 5,44$ anos). Numa análise por gênero, as mulheres têm mais tempo de serviço em SUB ($X=9,22$ anos, $\delta = 5,30$ anos) (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Apresentação da distribuição dos valores médios das variáveis idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em SUB em função do gênero

Variáveis	Gênero	N	Min	Max	X	DP ($\delta =$)
Idade	Masculino	43	25	62	39,19	9,23
	Feminino	114	24	62	40,31	8,61
	Total	157	24	62	40,00	8,77
Tempo de exercício profissional	Masculino	43	1	38	14,49	8,80
	Feminino	114	1	39	15,84	8,43
	Total	157	1	39	15,47	8,53
Tempo de exercício profissional em serviço de urgência básica	Masculino	43	1	26	8,81	5,83
	Feminino	114	1	27	9,22	5,30
	Total	157	1	27	9,11	5,44

No que ao objetivo geral diz respeito, foram reconhecidas as InF de Enfermagem na GD executadas pelos enfermeiros em SUB, bem como o contraste entre as aplicadas com mais e menos frequência. Constatou-se que nas mais altas frequências encontra-se a promoção do conforto (sempre=55,4%; $X=3,51$; $\delta= 0,59$), a adequação do posicionamento (sempre=52,2%; $X=3,46$; $\delta= 0,62$), o conhecimento das InF (frequentemente=48,4%; $X=3,21$; $\delta= 0,76$) e, a aplicação de calor e frio (frequentemente=47,1%; $X=3,10$; $\delta= 0,84$).

Por outro lado, nas mais baixas frequências destaca-se a execução de técnica de relaxamento, quando adequada, para GD (nunca=18,5%; $X=2,33$; $\delta= 1,06$) (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Apresentação dos valores absolutos, percentuais e médios da execução da variável Intervenções não Farmacológicas em Gestão da Dor

Intervenções não farmacológicas		0	1	2	3	4	X	DP (δ)
Conheço as intervenções (...)	N	0	6	15	76	60	3,21	0,76
	%	0	3,8	9,6	48,4	38,2		
Utilizo as intervenções (...)	N	1	9	16	81	50	3,08	0,83
	%	,6	5,7	10,2	51,6	31,8		
Aplico calor e frio (...)	N	1	7	21	74	54	3,10	0,84
	%	,6	4,5	13,4	47,1	34,4		
Executo técnica de relaxamento (...)	N	6	29	53	45	24	2,33	1,06
	%	3,8	18,5	33,8	28,7	15,3		
Promovo ambiente físico adequado (...)	N	1	7	22	89	38	2,99	0,78
	%	,6	4,5	14,0	56,7	24,2		
Adequo posicionamento (...)	N	0	1	8	66	82	3,46	0,62
	%	0	,6	5,1	42,0	52,2		
Promovo conforto (...)	N	0	1	5	64	87	3,51	0,59
	%	0	,6	3,2	40,8	55,4		
Promovo toque terapêutico (...)	N	1	10	18	76	52	3,07	0,87
	%	,6	6,4	11,5	48,4	33,1		

Execução de intervenções não farmacológicas em gestão da dor versus variáveis sociodemográficas

Pela análise dos resultados encontrados e apresentados na Tabela 4, pode afirmar-se que nenhuma variável sociodemográfica interferiu na utilização de InF de GD pelos enfermeiros pois o valor de $p>0,05$. Quanto às variáveis profissionais, verifica-se que o tempo de exercício profissional em SUB interferiu na utilização das InF uma vez que o valor de $p<0,05$.

Em termos de valores de ordenação média, constata-se que são os enfermeiros do género masculino, com idade superior a 55 anos, pós-graduados, com menor tempo de exercício profissional, bem como os que exercem funções em SUB há 21-30 anos, os que pontuaram mais, sugerindo que são estes os participantes que mais conhecem as InF para GD (indicações, contra-indicações, efeitos colaterais), monitorizam a eficácia das InF implementadas e registam mais sistematicamente as InF, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico.



Tabela 4 – Apresentação dos Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as intervenções não farmacológicas em gestão da dor

Variáveis	intervenções não farmacológicas	Teste
	Ordenação média	
Género		Mann-Whitney
Masculino	79,71	
Feminino	78,73	
(p)	0,904	
Idade		Kruskal-Wallis
≤35 anos	80,46	
36-45 anos	78,37	
46-55 anos	75,30	
>55 anos	84,68	
(p)	0,934	
Habilitações literárias		Kruskal-Wallis
Bacharelato	3,00	
Licenciatura	74,40	
Pós-graduação	97,44	
Pós-licenciatura/Especialização	82,17	
Mestrado		
(p)	0,101	
Tempo de exercício profissional		Kruskal-Wallis
≤10 anos	85,98	
11-20 anos	74,32	
21-30 anos	82,19	
>30 anos	71,75	
(p)	0,508	
Tempo de exercício profissional no SUB		Kruskal-Wallis
≤10 anos	82,48	
11-20 anos	69,58	
21-30 anos	100,63	
(p)	0,002	

Formação em dor

No que ao terceiro objetivo específico diz respeito, constatou-se que, no total da amostra, 52,2% dos enfermeiros referiu não ter formação em dor. Numa análise por género, prevalecem os enfermeiros do género masculino que não fizeram formação na área (62,8%), contrariamente, nos seus congéneres do género feminino a percentagem mais elevada recai nos que fizeram formação em dor (51,8%). Entre os 47,8% de enfermeiros que fizeram formação em dor, 64% referiu que essa formação ocorreu há mais de 3 anos, o que é comum a ambos os géneros (masculino 81,3% vs. feminino 59,3%), secundados pelos que a fizeram entre 1-3 anos (26,7%). Verificou-se que 42% dos enfermeiros relatou que teve tempo de formação ≤10 horas, seguidos pelos que o tempo de formação foi entre as 11-50 horas (40%). No género masculino, sobressaem os que tiveram formação entre 11-50 horas (40%) enquanto no feminino 45% refere ter formação ≤10 horas. A formação é considerada completamente adequada, na prática diária em SUB, para 70,1% da amostra. Em nenhuma das variáveis se registaram diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Apresentação dos valores absolutos e percentuais da variável formação em dor em função do género

Género Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
	(43)	(27.4)	(114)	(72.6)	(157)	(100.0)				
Ter feito formação acerca da dor										
Sim	16	37,2	59	51,8	75	47,8	-1,6	1,6	2,647	0,104
Não	27	62,8	55	48,2	82	52,2	1,6	-1,6		
Tempo em que ocorreu a formação em dor										
<1 anos			7	11,9	7	9,3	-1,4	1,4	3,322	0,190
1-3 anos	3	18,8	17	28,8	20	26,7	-,8	,8		
>3 anos	13	81,3	35	59,3	48	64,0	1,6	-1,6		
Horas de formação										
≤10 horas	3	30,0	8	45,0	21	42,0	-,9	,9	1,429	0,409
11-50 horas	4	40,0	16	40,0	20	40,0	,0	,0		
>50 horas	3	30,0	6	15,0	9	18,0	1,1	-1,1		
Na prática diária no SUB considera essa formação:										
Inadequada	0	0,0	6	5,3	6	3,8	-1,5	1,5	6,315	0,097
Sem opinião	10	23,3	12	10,5	22	14,0	2,0	-2,0		
Adequada	4	9,3	15	13,2	19	12,1	-,7	,7		
Completamente adequado	29	67,4	81	71,1	110	70,1	-,4	,4		

4. Discussão

A seguir serão apresentados os aspetos relevantes, de carácter corroborante, ou não, entre os resultados encontrados neste estudo e os já apresentados por autores em estudos anteriores.

Foram reconhecidas as InF de Enfermagem em GD executadas pelos enfermeiros em SUB, e constata-se, que nas frequências mais altas, - o que significa que corresponde à maior aplicabilidade pelos enfermeiros - se encontram, por ordem decrescente: a promoção do conforto (sempre=55,4%; $X=5,51$; $\delta=0,59$), a adequação do posicionamento (sempre=52,2%; $X=3,46$; $\delta=0,62$), o conhecimento das InF (frequentemente=48,4%; $X=3,21$; $\delta=0,76$) e a aplicação de calor e frio (frequentemente=51,6%; $X=3,10$; $\delta=0,84$).

Estes resultados, corroboram os já apresentados recentemente, por Zeleke et al. (2021), e Liyew et al. (2020), bem como por António et al. (2017), sendo que nesta pesquisa, as intervenções no SU mais executadas pelos enfermeiros, inserem também a dimensão da promoção do conforto para GD. De forma diversa, mas com relevante interesse, importa conhecer, que outros estudos, desde os mais recentes, como o de Santos et. al, (2022), Rodrigues (2022), e Geltore & Angelo (2021), ou o anterior de Cunha (2018), identificaram, a massagem, a musicoterapia, a reflexologia, e o toque terapêutico.

Além destas intervenções, cuja evidência é pertinente para o estado da arte do Cuidar, o conceito de Intervenções não Farmacológicas, tem vindo progressiva e interessantemente a ser estudado, com resultados promissores nesta atividade em saúde. Considerando os atuais contributos dos resultados de outros autores, em que foi verificada evidência de aplicação de reiki, TENS e acupuntura, em Sakallı e Kara, (2022), bem como em Motov et al., (2022), corroborando claramente, o que por sua vez já tinha sido verificado anos antes, por Sakamoto et et., 2018. Além destas intervenções, importa reforçar, que outras InF em GD ao doente em situação crítica, como a técnica de imaginação guiada e a distração, foram verificadas, no estudo de Sampson et al., (2020), corroborando já os resultados em Komann et al., (2019). Além destas evidências em torno da aplicabilidade de InF, no âmbito do exercício de enfermagem, já anteriormente, tinha sido apresentada a aplicação da respiração e relaxamento, na pesquisa levada a cabo por Prata, (2015).



O presente estudo, tendo em conta as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros da amostra, revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), ou seja, nenhuma variável sociodemográfica e profissional interferiu na utilização de InF em GD pelos enfermeiros em contexto de SUB. Não obstante, constatou-se que foram os enfermeiros do género masculino, com idade superior a 55 anos, pós-graduados, com menor tempo de exercício profissional, bem como os enfermeiros que exercem funções em SUB há 21-30 anos que pontuaram mais, indicando serem estes os participantes que mais conhecem as InF para controlo da dor (indicações, contra-indicações, efeitos colaterais), monitorizam a eficácia das InF implementadas e registam mais sistematicamente as InF, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico. Estes resultados não corroboram os apurados por Kia et al. (2021), onde foi demonstrado que os enfermeiros que aplicam InF em GD em contexto de serviço de urgência foram predominantemente os do género feminino, os que possuíam mestrado/especialização, mas, à semelhança do presente estudo, também foram os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional no serviço de urgência e com idade entre os 47 e os 57 anos, aqueles que executam mais as InF em GD. É reforçado por Pak et al. (2015) que a dor se constitui como um problema prevalente na população que recorre ao serviço de urgência, afetando o seu bem-estar biopsicossocial, sendo o seu diagnóstico e gestão fundamentais, num contexto de intervenção multidisciplinar, para se poder prestar cuidados de qualidade e aumentar a satisfação dos doentes face à assistência que lhe foi prestada.

De entre todas as intervenções em GD, os enfermeiros do serviço de urgência, executam essencialmente as intervenções farmacológicas, o que é corroborado em outros estudos, justificando o facto, por ser esta considerada, no senso comum da prática clínica, por um lado como uma intervenção multidisciplinar, e por outro, terem a perceção de eventualmente haver dificuldades na aplicação de InF em GD. (António et al., 2017; Kia et al., 2021).

Os resultados referentes à execução de InF em GD revelaram que, no total da amostra, 52,2% dos enfermeiros referiu não ter formação em dor, sendo que desses, 64% referiu que essa formação ocorreu há mais de 3 anos e 26,7% indicou que a formação ocorreu entre 1-3 anos. Verificou-se que 42% dos enfermeiros relata ter formação com tempo ≤ 10 horas, e 40% afirma que o tempo de formação foi entre as 11-50 horas. Estes resultados contrariam os descritos por António (2017) uma vez que, no seu estudo, 62% dos enfermeiros referiu ter formação em dor, pese embora, 68,3% admita que essa formação ocorreu há mais de 3 anos.

No presente estudo, a formação foi identificada como completamente adequada por 70,1% dos enfermeiros, o que não é corroborado pelo estudo de Mota (2020), onde 29,2% indica a formação como adequada e 16% como completamente adequada.

A gestão da dor é um problema multidimensional e, pode ser alcançada, através de uma formação em serviço e colaboração de equipa (Uysal & Yilmazer, 2021). Tendo por base esta realidade, o mesmo autor realizou um estudo para determinar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros que trabalham em SU. Constatou que, os enfermeiros não tinham frequentado formação na área, tal como no presente estudo. Após esta primeira avaliação, promoveu uma formação em serviço, e verificou que a taxa de respostas corretas no questionário sobre o conhecimento em GD aumentou após a formação. As diferenças nas pontuações médias antes e depois da formação foram consideradas estatisticamente significativas. A formação dada aos enfermeiros para GD revelou-se eficaz para melhorar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros. Face a tais resultados, o autor sugere a implementação de um programa bem estruturado em GD para aumentar cuidados de qualidade e holísticos aos doentes que recorrem ao SU.

Como salientam António et al. (2017), ainda se constata que muitos doentes continuam a ter a sua dor gerida de forma ineficaz particularmente pelo não cumprimento das recomendações das práticas em GD e devido a défices de formação dos profissionais de saúde na área.

A dor é uma sensação particularmente comum e desagradável que os doentes do serviço de urgência experimentam e é o terceiro problema de cuidados de saúde mais comum a nível mundial. Os doentes vivenciam dor e desconforto frequentes quando permanecem no serviço de urgência, com muitos deles a apresentarem dor moderada a grave.

Como tal, a gestão inadequada da dor pode resultar em condições físicas e psicológicas a curto e longo prazo, tais como disfunção hemodinâmica, hiperglicemia, infeção, delírio, ansiedade, dor crónica futura, dor nervosa, hospitalização mais prolongada e custos de saúde mais elevados (Uysal & Yilmazer, 2021). Por conseguinte, dadas as consequências potencialmente nefastas da dor descontrolada, a GD é um aspeto importante dos cuidados prestados aos doentes que recorrem ao SU.

Os enfermeiros desempenham um papel vital na avaliação, registo e tratamento da dor, sendo uma das formas o recurso a InF, que devem ser consideradas como prioridades em coadjuvação com as intervenções farmacológicas. A escolha das InF a adotar deve ter sempre em consideração as características de cada pessoa e a ambição de uma prática de cuidados humanizada, propiciando conforto à pessoa cuidada. A execução destas intervenções reduz a perceção de dor, tornando a dor mais tolerável, diminui a ansiedade e proporciona à pessoa uma sensação de controlo e aumento do conforto. A gestão da dor deve ser um foco da prática dos enfermeiros, mas para que possa constar do processo de cuidados, estes necessitam, à priori, conhecer as suas dimensões e as suas características definidoras, para que, no decorrer do processo de diagnóstico, saibam identificar os diversos tipos de dor e, assim, proporcionar medidas de conforto à pessoa cuidada.

Conclusão

Este estudo, que teve como variável dependente, a aplicação de intervenções não farmacológicas de enfermagem em GD, apresenta uma amostra de 157 enfermeiros em funções em SUB, onde se constatou serem os enfermeiros do género masculino, com idade superior a 55 anos, pós-graduados, com menos tempo de exercício profissional, bem como os enfermeiros que exercem funções em SUB há 21-30 anos, aqueles que mais conhecem as InF em GD e as executam.

Foram reconhecidas as InF de Enfermagem em GD, como as executadas pelos enfermeiros em SUB, bem como a relação comparativa e por oposição, das aplicadas com maior e menor frequência. Nas mais altas frequências destacam-se: a promoção do conforto, a adequação do posicionamento, o conhecimento das InF, e a aplicação de calor e frio, e, por oposição, na mais baixa frequência, a execução de técnica de relaxamento. Não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as variáveis sociodemográficas e profissionais, na utilização de InF em GD.

Os resultados revelaram uma preocupante prevalência de enfermeiros- predominando o género masculino- que assumiram a não formação em dor. Estes resultados, tornam pertinente a apresentação de propostas de formação na área, dando destaque à execução das InF como uma forma de prestar cuidados de conforto ao doente que recorre ao SUB.

Reforça-se a natureza colaborativa, entre todos os elementos que constituem a equipa multidisciplinar, para produzir mudanças, quer para o cuidador (profissional), quer para a pessoa cuidada.

Assim, assumam-se o enfermeiro especialista, no caso concreto o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, como o profissional que tem que chamar a si a responsabilidade do conhecimento teórico, como suporte para as suas experiências profissionais. Esta fundamentação, tem que acontecer, no sentido de atingir e dar visibilidade à cultura da prática baseada na evidência, seja nas suas competências especializadas em geral, seja na perspetiva de dar visibilidade à capacidade de intervenção na GD da pessoa em situação crítica que recorre ao SUB. Este conjunto conceptual, emerge da criação de uma cultura para a sensibilidade e compreensão, segundo a qual, as pessoas diferem na sua capacidade de gerir as situações vividas, e ter em conta que a dor é um fenómeno multifatorial e subjetivo, geradora de ansiedade e desconforto e medo. Este contexto, deve ser evidente, como promotor de uma continuidade de cuidados em GD.

Relativamente aos resultados apresentados, e tendo em conta as limitações do estudo, assume-se que, pese embora a não representatividade da dimensão amostral, expressam com suficiente clareza e pertinência, o estado da arte do conhecimento e aplicação das InF em GD. Como tal, apresenta-se, numa primeira abordagem, a proposta de continuidade do estudo, e/ou replicação, em amostras mais extensas. Numa segunda abordagem, apresenta-se a formação em



serviço, e a avaliação diagnóstica de conhecimentos, como aquisição deste tipo de intervenções, no sentido de se assumirem como indicadores sensíveis, à promoção da melhoria da qualidade dos cuidados.

Por fim, assume-se também que ao realizar-se o presente estudo, se adquiriram mais conhecimentos relativamente, à importância da execução de InF em GD em doentes que recorrem ao SUB, que em suma, representam o capital humano para quem a enfermagem deve posicionar e melhorar a sua capacidade de intervenção.

Conflito de Interesses


Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança e de todos os enfermeiros que colaboraram na recolha de dados.

Referências bibliográficas

- Abdolrazaghnejad, A., Banaie, M., Tavakoli, N., Safdari, M., & Rajabpour-Sanati, A. (2018). Pain Management in the Emergency Department: a Review Article on Options and Methods. *Advanced journal of emergency medicine*, 2(4), e45. <https://doi.org/10.22114/AJEM.v0i0.93>
- António, C. (2017). Gestão da dor no Serviço de Urgência : práticas dos enfermeiros. 1–152. <https://repositorio.esenfcp.pt/private/index.php?process=download&id=66074&code=961>
- António, C. A. S., Santos, E. J. F. dos, Cunha, M., & Duarte, J. C. (2019). Estudo psicométrico da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor. *Referência, serIV*(22), 51–61. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000300006
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2020). Sobre a dor. Consultado em: <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes> a 02/05/2021
- Cunha, H. M. P. (2018). Intervenções não Farmacológicas no Controlo da Dor no Pós-Operatório. <http://hdl.handle.net/10400.8/3847>
- Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa No9/DGCG, 1(1), 1–6. <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/16/12>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor
- Geltore, T. E., & Angelo, A. T. (2021). Perceptions of Women toward Non-Pharmacological Methods for Pain Relief during Labor. *Pain Management - Practices, Novel Therapies and Bioactives*, 1–13. <https://doi.org/10.5772/intechopen.93271>
- International Association for the Study of Pain (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain. Consultado em: <https://www.iasppain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475&navItemNumber=643> a 02/05/2021.
- Kia, Z., Allahbakhshian, M., Ilkhani, M., Nasiri, M., & Allahbakhshian, A. (2021). Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Complementary Therapies in Medicine*, 58, 102705. doi:10.1016/j.ctim.2021.102705
- Komann, M., Weinmann, C., Schwenkglens, M., & Meissner, W. (2019). Non-Pharmacological Methods and Post-Operative Pain Relief: An Observational Study. *Anesthesiology and pain medicine*, 9(2), e84674. <https://doi.org/10.5812/aapm.84674>
- Liyew, B., Dejen Tilahun, A., Habtie Bayu, N., & Kassew, T. (2020). Knowledge and Attitude towards Pain Management among Nurses Working at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Pain research & management*, 2020, 6036575. <https://doi.org/10.1155/2020/6036575>
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho nº10319/2014. *Diário Da República*, 2.ª Série – n.º153 (11-08-2014), 20673-20678. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, Ângelo, Gonçalves, C., Ribeiro, R. , Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Pain management in nursing practice in the emergency department. *Millenium- Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 269–279. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>



Alves, S. P. S., & Veiga-Branco, M. A. R. (2023).

Intervenções não farmacológicas de enfermagem na gestão da dor em doentes em urgência básica.

Servir, 2(6), e30277. <https://doi.org/10.48492/servir0206.30277>

- Motov, S. M., Vlasica, K., Middlebrook, I., & LaPietra, A. (2021). Pain management in the emergency department: a clinical review. *Clinical and experimental emergency medicine*, 8(4), 268–278. <https://doi.org/10.15441/ceem.21.161>
- Oliveira PEP, Pereira LV, Santos NR, Souza LAF. Nursing in pain management at urgency and emergency care units. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2016 <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37309>.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor. Guia orientador de boa prática. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosodor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018- Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República*, 2ª Série, N.º 135, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Pak, S. C., Micalos, P. S., Maria, S. J., & Lord, B. (2015). Nonpharmacological interventions for pain management in paramedicine and the emergency setting: a review of the literature. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2015, 873039. <https://doi.org/10.1155/2015/873039>
- Prata, A.R.P.G. (2015). Medidas não Farmacológicas no Alívio da Dor no Trabalho de Parto (Issue 1). <http://hdl.handle.net/10400.19/3218>
- Rodrigues, L. (2022). A Intervenção do Enfermeiro no Controlo da Dor. <http://hdl.handle.net/10400.19/7307>
- Sakalli, D.G., & Kara, Ö. (2022). Use of complementary and integrative methods in the management of postoperative pain: A narrative literature review. *Mediterranean Nursing and Midwifery*, 2(2), 84-93.
- Sakamoto, J. T., Ward, H. B., Vissoci, J. R. N., & Eucker, S. A. (2018). Are Nonpharmacologic Pain Interventions Effective at Reducing Pain in Adult Patients Visiting the Emergency Department? A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 25(8), 940–957. doi:10.1111/acem.13411
- Sampson FC, et al. *Emerg Med J* 2020;37:85–94. doi:10.1136/emermed-2019-208994
- Santos, K. V. G. dos, Rocha, M. A., Dantas, J. K. dos S., Araújo, S. C. M. de, Dantas, D. V., & Dantas, R. A. N. (2022). Estratégias não farmacológicas na analgesia de adultos e idosos em procedimentos endovasculares: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(suppl 4), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0741pt>
- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Uysal, N., & Yilmazer, T. (2021). The Effect of Pain Management Training on the Nurses' Knowledge and Practices for Pain. *International Journal of Caring Sciences*; Vol. 14, 1, 581-588. Acedido em http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/61_yuysal_original_14_1.pdf
- Zeleke, S., Kassaw, A., & Eshetie, Y. (2021) Non-pharmacological pain management practice and barriers among nurses working in Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *PLoS ONE*; 16(6): e0253086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253086>

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS EM VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO EXTRA-HOSPITALAR: UM PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

PRE-HOSPITAL STROKE VICTIM SIGN AND SYMPTOM ASSESSMENT TOOLS: A SCOPING REVIEW PROTOCOL

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN EN VÍCTIMAS PREHOSPITALARIAS DE ACCIDENTES CEREBROVASCULARES: PROTOCOLO DE REVISIÓN SCOPING

Mariana Gaspar¹
Liliana Sousa²
Eduardo José Ferreira dos Santos³

¹Centro Hospitalar Santo André Leiria, Serviço de Bloco Operatório, Portugal (mariana.l.gaspar@hotmail.com)

²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Urgência, Portugal (lili.raquel_sousa@live.com.pt)

³Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA:E), Nursing School of Coimbra, Coimbra, Portugal (ejf.santos87@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-0557-2377>

Corresponding Author
Mariana Lopes Gaspar
Rua Cidade São Filipe lote 2^a nº81 3^o Dto
Urbanização Vale da Cabrita
2410-270 Leiria, Portugal
mariana.l.gaspar@hotmail.com

RECEIVED: 27th April, 2023
ACCEPTED: 14th June, 2023
PUBLISHED: 15th August, 2023

Servir, 2(6), e31037

DOI:10.48492/servir0206.31037

2023



RESUMO

Introdução: No extra-hospitalar, os enfermeiros vivenciam transições de saúde/doença em vítimas que apresentam sinais e sintomas de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), recorrendo a vários instrumentos para realizar a sua avaliação, como a escala Prehospital Stroke Severity Scale Cincinnati, a Rapid Arterial Occlusion Evaluation, entre outras. Posteriormente, ativam vias de referência promovendo ganhos em saúde das vítimas.

Objetivo: Mapear os instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de AVC no extra-hospitalar.

Métodos: Será realizada uma revisão scoping segundo o modelo proposto pelo Instituto Joanna Briggs. A questão de investigação proposta é: Quais os instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de AVC utilizados pelos enfermeiros no extra-hospitalar? A seleção dos estudos, a extração e síntese dos dados será realizada por dois revisores independentes.

Resultados: Prevemos a inclusão de diversos estudos que abordem os instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de AVC aplicados por enfermeiros no extra-hospitalar.

Conclusão: A realização desta revisão scoping será essencial para sintetizar os instrumentos de avaliação existentes e apresentar os mais relevantes para a prática clínica dos enfermeiros, por forma a melhorar a sua performance na ativação de vias de referência, minimizando danos irreversíveis no estado de saúde da vítima.

Palavras-chave: assistência pré-hospitalar; pesos e medidas; acidente vascular cerebral

ABSTRACT

Introduction: In the pre-hospital setting, nurses experience health/illness transitions in victims presenting with signs and symptoms of stroke, using several instruments to perform their assessment, such as the Cincinnati Prehospital Stroke Severity Scale, the Rapid Arterial Occlusion Evaluation, among others. Subsequently, they activate referral pathways promoting health gains for the victims.

Objective: To map the instruments for assessing signs and symptoms in pre-hospital stroke victims.

Methods: A scoping review will be conducted according to the model proposed by the Joanna Briggs Institute. The proposed research question is: Which are the instruments of evaluation of signs and symptoms in stroke victims used by nurses in the pre-hospital? The selection of studies, data extraction and synthesis will be performed by two independent reviewers.

Results: We anticipate the inclusion of several studies that address the assessment instruments of signs and symptoms in stroke victims applied by nurses in the pre-hospital setting.

Conclusion: This scoping review will be essential to synthesize the existing assessment tools and present the most relevant ones for nurses' clinical practice, in order to improve their performance in the activation of referral pathways, minimizing irreversible damage to the victim's health status.

Keywords: prehospital care; weights and measures; stroke

RESUMEN

Introducción: En el ámbito prehospitalario, los enfermeros experimentan transiciones salud/enfermedad en víctimas que presentan signos y síntomas de ictus, utilizando diversos instrumentos para realizar su evaluación, como la Prehospital Stroke Severity Scale Cincinnati, la Rapid Arterial Occlusion Evaluation, entre otros. Posteriormente, activan vías de derivación que promueven beneficios para la salud de las víctimas.

Objetivo: Mapear los instrumentos para la evaluación de signos y síntomas en víctimas de ictus en el ámbito prehospitalario.

Métodos: Se realizará una revisión scoping según el modelo propuesto por el Instituto Joanna Briggs. La pregunta de investigación propuesta es: ¿Cuáles son los instrumentos de evaluación de signos y síntomas en víctimas de ictus utilizados por el personal de enfermería en el ámbito prehospitalario? La selección de estudios, extracción y síntesis de datos será realizada por dos revisores independientes.

Resultados: Se prevé la inclusión de varios estudios que aborden los instrumentos de valoración de signos y síntomas en víctimas de ictus aplicados por el personal de enfermería en el ámbito prehospitalario.

Conclusión: Esta revisión scoping será fundamental para sintetizar los instrumentos de valoración existentes y presentar los más relevantes para la práctica clínica del personal de enfermería, con el fin de mejorar su actuación en la activación de las vías de derivación, minimizando los daños irreversibles en el estado de salud de la víctima.

Palabras Clave: atención prehospitalaria; pesos y medidas; accidente cerebrovascular

Gaspar, M., Sousa, L., & Santos, E. J. F. dos (2023).

Instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de acidente vascular cerebral no extra-hospitalar: Um protocolo de revisão scoping.

Servir, 2(6), e31037. <https://doi.org/10.48492/servir0206.31037>

47

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa de morte na Europa, responsável por mais de um milhão de mortes por ano, sendo também a principal causa de invalidez a longo prazo, com 20 a 35% dos doentes com AVC a morrerem no primeiro mês após evento e até um terço dos sobreviventes a perderem a sua independência (Aguilar de Sousa et al., 2019). Em Portugal, “as doenças cérebro e cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte, situando-se entre os oito países europeus com maior taxa de mortalidade” (Figueiredo et al., 2020, p. 37).

O AVC define-se como um distúrbio neurológico provocado por oclusão de vasos sanguíneos cerebrais através da formação ou deslocação de coágulos que interrompem o fluxo sanguíneo, causando obstrução ou rotura das artérias, conduzindo consequentemente à morte celular por falta de oxigénio (Kuriakose & Xiao, 2020). Caracteriza-se pelo desenvolvimento rápido de distúrbios neurológicos focais ou globais, comprometendo a função cerebral, manifestando-se através de sinais e sintomas que permanecem por um período superior a 24 horas ou que podem mesmo levar à morte (Costa et al., 2020). Após o AVC, os doentes que sobrevivem ao evento podem sofrer sequelas significativas a nível físico e mental, entre elas, défices motores totais ou parciais, alterações sensoriais e de linguagem, fadiga, quedas/fraturas, espasticidade, incontinência urinária, depressão, ansiedade, demência, distúrbios de memória, défices de atenção, entre outros (Senovilla-González et al., 2021).

Existem dois tipos de AVC, o hemorrágico e o isquémico. O AVC hemorrágico é responsável por cerca de 10-15% de mortes, provocando hemorragia intracerebral ou subaracnóide (Kuriakose & Xiao, 2020). Define-se como “a rotura de uma artéria com posterior derrame de sangue para o espaço intracerebral, também este associado a alterações neurológicas” (Figueiredo et al., 2020, p. 37). Por sua vez, o AVC isquémico ocorre quando há estreitamento ou oclusão dos vasos sanguíneos, causando morte celular cerebral por isquemia (Kuriakose & Xiao, 2020). É definido como “um episódio de disfunção neurológica com origem na isquemia cerebral devido à diminuição do fornecimento de sangue durante um período de tempo superior a 24 horas, que pode ter origem embólica ou aterosclerótica” (Figueiredo et al., 2020, p. 37).

O AVC isquémico é responsável por cerca de 80% dos AVC existentes, sendo uma das principais causas de morte a nível mundial. Para tratar o AVC isquémico existem dois tipos de tratamento: trombólise, e/ou da terapia endovascular (trombectomia mecânica) que remove o coágulo que obstrói a artéria, por forma a restaurar o fluxo sanguíneo (El Tawil & Muir, 2017). A trombólise realizada com alteplase demonstrou benefícios quando administrada dentro de 4,5 horas após o início da sintomatologia de AVC. Por sua vez, a trombectomia demonstra efeitos benéficos quando realizada num período entre 6 a 12 horas após início dos sintomas (Powers et al., 2019)

As oclusões de grandes vasos (OAGV) são um tipo de AVC isquémico com défice neurológico mantido por mais de 24 horas, de causa aterotrombótica (Rai et al., 2017). O tratamento mais eficaz é a trombectomia, com ou sem tratamento fibrinolítico associado. Para determinar o tratamento ideal (trombectomia ou fibrinólise) e o planeamento da transferência do doente para um centro de trombectomia, é conveniente usar escalas de avaliação pelos enfermeiros pré-hospitalares (Rai et al., 2017). No pré-hospitalar, não existem exames de imagem para confirmar o diagnóstico, como Tomografia Computorizada (TC), ultrassonografia e eletroencefalograma (EEG), dando-se primazia aos instrumentos de avaliação que têm vindo a ser estudadas de que é exemplo a Rapid Arterial Occlusion Evaluation (RACE), Los Angeles Motor Score (LAMS), Cincinnati Pre-hospital Stroke Severity Score (CPSSS), Field Assessment Stroke Triage for Emergency Destination (FAST-ED), National Institute of Health Stroke Scale- 8 (NIHSS-8) (Loudon et al., 2019).

A capacitação dos enfermeiros que exercem funções no pré-hospitalar é fundamental para garantir uma avaliação neurológica da pessoa acometida por AVC, avaliar sinais e sintomas de AVC e determinar a probabilidade desta ter OAGV e ser elegível consequentemente para tratamento endovascular, agilizando uma transferência rápida para um centro de referência de trombectomia. Rennert et al. (2019) afirmam que essas oclusões se associam a uma maior morbidade, mortalidade e mau prognóstico. Por este motivo, e tendo em consideração que o AVC é uma emergência médica dependente do tempo, é imprescindível o estabelecimento precoce do tratamento adequado. O tecido cerebral é extremamente sensível à privação de oxigénio e nutrientes, sendo que cada minuto de isquemia, um elevado número de células morre. Neste sentido, surgiu



o conceito de “time is brain”, com objetivo de agilizar o sistema de socorro diminuindo o tempo de prestação de cuidados e reduzir os défices que este fenómeno proporciona (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Neste sentido, torna-se importante falar das Vias Verdes, definidas, segundo a DGS (2017, p. 17), como “estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.” Para uma resposta eficaz da Via Verde AVC, exige-se que os enfermeiros pré-hospitalares assumam uma decisão preponderante na sua avaliação de vítimas de AVC, encaminhando correta e rapidamente o doente, proporcionando o tratamento mais adequado e breve possível. A janela de inclusão para tratamento endovascular inclui as 24 horas desde o início dos sintomas, sendo essencial conhecer-se a hora de início de sintomas. Para benefício do tratamento do doente, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) deve contactar a Unidade AVC (UAVC) mais próxima e decidir o encaminhamento, se justificado, para centros de trombectomia (INEM, 2019).

A Via Verde tem como objetivo envolver o público e os profissionais e saúde, detetando precocemente os sinais de alarme, sistematizar as primeiras atitudes de socorro, conhecer os mecanismos de pedido de ajuda, definir o encaminhamento para a instituição mais adequada com objetivo de alcançar as melhores condições de tratamento definitivo. O sucesso da Via verde depende do acionamento do pedido de ajuda pelo cidadão, bem como, da suspeita diagnóstica do pré-hospitalar e do encaminhamento para as unidades hospitalares mais adequadas. Na referenciação considera-se o tempo, a distância em quilómetros e a área geográfica dos hospitais (DGS, 2017).

Por ainda não existir uma clara identificação de que instrumentos são passíveis de serem utilizados neste âmbito e por a evidência ser dispersa e inconsistente, considerámos relevante a realização desta scoping review. Foi realizada uma pesquisa preliminar na JBI Evidence Synthesis, Cochrane Database of Systematic Reviews, PROSPERO, Open Science Framework e MEDLINE que revelou que atualmente não há outra revisão (publicada ou em curso) sobre este tema. Nesse sentido, o objetivo deste protocolo é mapear os instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de AVC no extra-hospitalar. Para isso definimos como questão de investigação: Quais são os instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de AVC no extra-hospitalar?

1. Métodos

Esta revisão scoping será conduzida tendo por base o método proposto pelo Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2015; Peters et al., 2020a) e será redigida cumprindo o Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). Os métodos propostos pelo Instituto Joanna Briggs têm sido amplamente utilizados e reconhecidos em múltiplas áreas do conhecimento e por revisores experientes, representando uma abordagem primordial para apoiar a tomada de decisões com base na melhor evidência disponível (Khalil et al., 2020). A extensão PRISMA-ScR foi desenvolvida em 2018 e fornece uma lista de verificação de reporte para este tipo específico de revisão e é consistente com a proposta integrada pelo Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2020b). Globalmente os passos que devem ser seguidos são: formular a questão de revisão, definir critérios de inclusão e exclusão, localizar estudos através de pesquisa, selecionar estudos para inclusão, extrair, analisar e sintetizar os estudos relevantes (Peters et al., 2020b). O protocolo desta revisão foi registado no Open Science Framework: <https://osf.io/bcd5a/> com atribuição do DOI 10.17605/OSF.IO/BCD5A.

1.1 Localização dos estudos

Nesta revisão será conduzida uma estratégia de pesquisa em três etapas. Foi realizada uma pesquisa inicial limitada na MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCO) para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos indexados utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa preliminar (Tabela 1).

Gaspar, M., Sousa, L., & Santos, E. J. F. dos (2023).

Instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de acidente vascular cerebral no extra-hospitalar: Um protocolo de revisão scoping.

Servir, 2(6), e31037. <https://doi.org/10.48492/servir0206.31037>

Tabela 1 – Pesquisa na MEDLINE (via PubMed) realizada a 27/02/2023

Pesquisa	Fórmula	N.º de artigos
#1	"stroke scal*" [Title/Abstract] OR "behavior rating scale" [MeSH Terms]	10,607
#2	"emergency medical services" [MeSH Terms] OR "prehospital*" [Title/Abstract]	175,385
#3	"stroke" [Title/Abstract] OR "stroke" [MeSH Terms] OR "cerebrovascular disorders" [MeSH Terms] OR "ischemic stroke" [MeSH Terms] OR "hemorrhagic stroke" [MeSH Terms] OR "embolic stroke" [MeSH Terms] OR "thrombotic stroke" [MeSH Terms] OR "stroke, lacunar" [MeSH Terms]	560,431
#4	#1 AND #2 AND #3	499
#5	#4 AND (instrumentation[sh] OR methods[sh] OR "Validation Studies as Topic" [MeSH] OR "Comparative Study" [pt] OR "psychometrics" [MeSH] OR psychometr*[tiab] OR clinimetr*[tw] OR clinometr*[tw] OR "outcome assessment, health care" [MeSH] OR "outcome assessment" [tiab] OR "outcome measure*" [tw] OR "observer variation" [MeSH] OR "observer variation" [tiab] OR "Health Status Indicators" [Mesh] OR "reproducibility of results" [MeSH] OR reproducib*[tiab] OR "discriminant analysis" [MeSH] OR reliab*[tiab] OR unreliab*[tiab] OR valid*[tiab] OR "coefficient of variation" [tiab] OR coefficient[tiab] OR homogeneity[tiab] OR homogeneous[tiab] OR "internal consistency" [tiab] OR (cronbach*[tiab] AND (alpha[tiab] OR alphas[tiab])) OR (item[tiab] AND (correlation*[tiab] OR selection*[tiab] OR reduction*[tiab])) OR agreement[tw] OR precision[tw] OR imprecision[tw] OR "precise values" [tw] OR test-retest[tiab] OR (test[tiab] AND retest[tiab]) OR (reliab*[tiab] AND (test[tiab] OR retest[tiab])) OR stability[tiab] OR interrater[tiab] OR inter-rater[tiab] OR intrarater[tiab] OR intra-rater[tiab] OR intertester[tiab] OR inter-tester[tiab] OR intratester[tiab] OR intra-tester[tiab] OR interobserver[tiab] OR inter-observer[tiab] OR intraobserver[tiab] OR intra-observer[tiab] OR intertechnician[tiab] OR inter-technician[tiab] OR intratechnician[tiab] OR intra-technician[tiab] OR interexaminer[tiab] OR inter-examiner[tiab] OR intraexaminer[tiab] OR intra-examiner[tiab] OR interassay[tiab] OR inter-assay[tiab] OR intraassay[tiab] OR intra-assay[tiab] OR interindividual[tiab] OR inter-individual[tiab] OR intraindividual[tiab] OR intra-individual[tiab] OR interparticipant[tiab] OR inter-participant[tiab] OR intraparticipant[tiab] OR intra-participant[tiab] OR kappa[tiab] OR kappa's[tiab] OR kappas[tiab] OR repeatab*[tw] OR ((replicab*[tw] OR repeated[tw]) AND (measure[tw] OR measures[tw] OR findings[tw] OR result[tw] OR results[tw] OR test[tw] OR tests[tw])) OR generaliza*[tiab] OR generalisa*[tiab] OR concordance[tiab] OR (intraclass[tiab] AND correlation*[tiab]) OR discriminative[tiab] OR "known group" [tiab] OR "factor analysis" [tiab] OR "factor analyses" [tiab] OR "factor structure" [tiab] OR "factor structures" [tiab] OR dimension*[tiab] OR subscale*[tiab] OR (multitrait[tiab] AND scaling[tiab] AND (analysis[tiab] OR analyses[tiab])) OR "item discriminant" [tiab] OR "interscale correlation*" [tiab] OR error[tiab] OR errors[tiab] OR "individual variability" [tiab] OR "interval variability" [tiab] OR "rate variability" [tiab] OR (variability[tiab] AND (analysis[tiab] OR values[tiab])) OR (uncertainty[tiab] AND (measurement[tiab] OR measuring[tiab])) OR "standard error of measurement" [tiab] OR sensitiv*[tiab] OR responsive*[tiab] OR (limit[tiab] AND detection[tiab]) OR "minimal detectable concentration" [tiab] OR interpretab*[tiab] OR ((minimal[tiab] OR minimally[tiab] OR clinical[tiab] OR clinically[tiab]) AND (important[tiab] OR significant[tiab] OR detectable[tiab]) AND (change[tiab] OR difference[tiab])) OR (small*[tiab] AND (real[tiab] OR detectable[tiab]) AND (change[tiab] OR difference[tiab])) OR "meaningful change" [tiab] OR "ceiling effect" [tiab] OR "floor effect" [tiab] OR "Item response model" [tiab] OR IRT[tiab] OR Rasch[tiab] OR "Differential item functioning" [tiab] OR DIF[tiab] OR "computer adaptive testing" [tiab] OR "item bank" [tiab] OR "cross-cultural equivalence" [tiab])	402
#6	#5 NOT ("addresses" [Publication Type] OR "biography" [Publication Type] OR "case reports" [Publication Type] OR "comment" [Publication Type] OR "directory" [Publication Type] OR "editorial" [Publication Type] OR "festschrift" [Publication Type] OR "interview" [Publication Type] OR "lectures" [Publication Type] OR "legal cases" [Publication Type] OR "legislation" [Publication Type] OR "letter" [Publication Type] OR "news" [Publication Type] OR "newspaper article" [Publication Type] OR "patient education handout" [Publication Type] OR "popular works" [Publication Type] OR "congresses" [Publication Type] OR "consensus development conference" [Publication Type] OR "consensus development conference, nih" [Publication Type] OR "practice guideline" [Publication Type]) NOT ("animals" [MeSH Terms] NOT "humans" [MeSH Terms])	395
#7	Filters: English, French, Portuguese, Spanish	391

Posteriormente será formalmente proposta uma estratégia definitiva para cada uma das bases de dados incluídas, sendo a mesma ajustada tendo por base os léxicos e especificidades de cada uma. As bases de dados a incluir serão: a MEDLINE (via PubMed), a CINAHL (via EBSCO) e a EMBASE. Para a pesquisa de estudos não publicados será incluído o RCAAAP- Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Finalmente, numa terceira fase, as listas de referência dos artigos incluídos na revisão serão analisadas para eventual seleção de estudos potencialmente relevantes.



Apenas serão incluídos estudos realizados em português, inglês, francês e espanhol devido às limitações linguísticas da equipa de revisores. Nesse sentido, os estudos noutras línguas serão excluídos devido a limitações financeiras para as traduções.

Não existem limites temporais aplicáveis à pesquisa por se pretender ter uma visão integrada de toda a evidência disponível sobre o tema em apreço.

De salientar que as estratégias de pesquisa realizadas integram os filtros propostos pela COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) (Terwee et al., 2009), conforme ilustrado na proposta de estratégia (Tabela 1).


1.2. Seleção dos estudos e critérios de Elegibilidade

Após a pesquisa, todos os registos identificados serão recolhidos e transferidos para o EndNote X9.3.3 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e os duplicados removidos.

Os títulos e resumos serão revistos por dois revisores independentes (MG e ES) para avaliar a elegibilidade dos estudos em relação aos critérios de inclusão inicialmente definidos. Um processo piloto de análise inicial será conduzido independentemente por ambos os revisores, com base em 25 títulos e resumos. Os resultados da análise serão comparados e discutidos, permitindo ao mesmo tempo adaptações aos critérios de elegibilidade para assegurar que ambos os revisores concordam. Este processo piloto continuará até se atingir uma concordância de pelo menos 75% entre os revisores (Peters et al., 2020b).

O texto integral dos artigos incluídos será avaliado com base nos seguintes critérios de inclusão de acordo com o quadro de População, Conceito e Contexto (PCC) (Peters et al., 2020b):

- **Participantes:** Serão considerados todos os estudos que incluam vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) com idade igual ou superior a 18 anos. O AVC define-se como um distúrbio neurológico provocado por oclusão de vasos sanguíneos cerebrais através da formação ou deslocação de coágulos que interrompem o fluxo sanguíneo, causando obstrução das artérias ou levando à sua rotura (Kuriakose & Xiao, 2020). Caracteriza-se pelo desenvolvimento rápido de distúrbios neurológicos focais ou globais, comprometendo a função cerebral, manifestando-se através de sinais e sintomas que permanecem por um período superior a 24 horas ou que podem mesmo levar à morte (Costa et al., 2020).
- **Conceito(s):** Serão considerados estudos que abordem instrumentos de avaliação/escalas utilizadas por enfermeiros para avaliar sinais e sintomas em vítimas de AVC. Consideram-se instrumentos de avaliação/escalas utilizadas em contexto pré-hospitalar: por exemplo, a escala Field Assessment Stroke Triage for Emergency Destination (FAST-ED); escala Cincinnati Prehospital Stroke Severity Scale (CPSSS); escala Rapid Arterial Occlusion Evaluation (RACE); prospective validation of the miami emergency neurologic deficit (MEND) exam for detection of stroke; Los Angeles Motor Score (LAMS) e, National Institute of Health Stroke Scale- 8 (NIHSS-8) (Loudon et al., 2019), entre outras. Tais ferramentas auxiliam os enfermeiros no processo de tomada de decisão e potencialmente permitem um tratamento mais rápido, o que significa menor lesão isquémica definitiva.
- **Contexto:** Serão considerados todos os estudos em contexto pré-hospitalar. Todos os restantes contextos (ex.: hospitalar) serão excluídos.
- **Tipo(s) de estudos:** Todos os tipos de estudos quantitativos (por exemplo, experimental, quase-experimental, coorte, controlo de casos, transversal, séries de casos, estudos de casos individuais, estudos descritivos transversais) serão incluídos. Nos estudos de métodos mistos e revisões sistemáticas apenas serão extraídos os componentes quantitativos. Isto permitirá uma maior sensibilidade na pesquisa, o que é desejável para esta tipologia de revisão.



Gaspar, M., Sousa, L., & Santos, E. J. F. dos (2023).

Instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de acidente vascular cerebral no extra-hospitalar: Um protocolo de revisão scoping.

Servir, 2(6), e31037. <https://doi.org/10.48492/servir0206.31037>

A análise do texto integral será realizada por dois revisores (MG e ES) independentes. Quaisquer desacordos entre os revisores em cada fase do processo de seleção serão mitigados através de uma discussão construtiva ou por recurso a um terceiro revisor (LS). O processo de seleção e revisão dos estudos será operacionalizado com recurso ao Rayyan® (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar). Os resultados da pesquisa serão comunicados na sua totalidade e apresentados sob a forma de fluxograma (Peters et al., 2020b).

1.3. Extração e síntese dos dados

Os dados serão extraídos dos estudos incluídos na revisão por dois revisores independentes (MG e ES), utilizando uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelos revisores. A presença de desacordo entre os revisores será resolvida com a inclusão de um terceiro revisor (LS). Os dados extraídos incluirão detalhes sobre a população, o conceito, o contexto, métodos de estudo e objetivos específicos. Em todo o processo mencionado nesta seção, e se necessário, os autores dos estudos incluídos serão contactados para providenciar mais informações ou esclarecimento de dados. Por fim, os dados extraídos serão apresentados em forma de tabela e será realizada uma síntese narrativa, descrevendo como os resultados se relacionam com o objetivo e a questão formulada para esta revisão.

2. Resultados/ Discussão

Com a realização desta revisão scoping prevemos incluir diversos estudos que abordem os instrumentos de avaliação de sinais e sintomas em vítimas de AVC aplicados por enfermeiros no extra-hospitalar.

Uma pesquisa preliminar permitiu observar que existem vários instrumentos de avaliação utilizados por equipas de emergência extra-hospitalar na avaliação da vítima de AVC, como: Face Arm Speech Test (FAST), Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS), Melbourne Ambulance Stroke Screen (MASS), Rapid Arterial Occlusion Evaluation (RACE), Los Angeles Motor Score (LAMS), Cincinnati Pre-hospital Stroke Severity Score (CPSSS), Field Assessment Stroke Triage for Emergency Destination (FAST- ED), National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) e Postural Assessment Scale for Stroke Patients (PASS).

Preliminarmente podemos afirmar que se verifica uma extensa lista de instrumentos de avaliação a utilizar.

Conclusão

Este protocolo de revisão scoping prevê sintetizar quais os estudos existentes que determinem os instrumentos de avaliação utilizados na identificação de vítimas de AVC no extra-hospitalar, por forma a identificar se as escalas atualmente utilizadas são as mais recomendadas na prática dos enfermeiros.

A sua análise sistemática poderá contribuir para conhecer pormenorizadamente as características de cada instrumento de avaliação, melhorando a performance dos profissionais, através da utilização do instrumento de avaliação mais adequado para uma rápida deteção e/ou prevenção de vítimas de AVC.

Conflito de Interesses

Os autores não têm qualquer conflito de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecimentos: Os autores agradecem o apoio da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) e financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

Fontes de financiamento: Não existem.



Referências bibliográficas

- Aguiar de Sousa, D., von Martial, R., Abilleira, S., Gattringer, T., Kobayashi, A., Gallofré, M., Fazekas, F., Szikora, I., Feigin, V., Caso, V., & Fischer, U. (2019). Access to and delivery of acute ischaemic stroke treatments: A survey of national scientific societies and stroke experts in 44 European countries. *Eur Stroke J*, 4(1), 13-28. doi: 10.1177/2396987318786023. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.14.5829>
- Costa, A.C.L., Pedro, L.S.R., Barreira, I.M.M., Mendes, L.A., Araújo, F.L., & Novo, A.F.M.P. (2020). Triagem e ativação da via verde do acidente vascular cerebral: dificuldades sentidas pelos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 96-101. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.14.5829>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma Nº 015/2017, 1–25.
- El Tawil, S., & Muir, K. W. (2017). Thrombolysis and thrombectomy for acute ischaemic stroke. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, 17(2), 161–165. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-2-161>
- Figueiredo, A.R.G., Pereira, A.L., & Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência. *Higeia: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*, 3(1), 35-45. ISSN 2184-5565.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (outubro de 2019). Dia Mundial do AVC. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/28/dia-mundial-do-avc/>
- Khalil, H., Bennett, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., & Peters, M. (2020). Evaluation of the JBI scoping reviews methodology by current users. *International journal of evidence-based healthcare*, 18(1), 95–100. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000202>
- Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
- Loudon, W., Wong, A., Disney, M., Tippett, V., & Lead, B. N. (2019). Validated pre-hospital stroke scales to predict large vessel occlusion: A systematic review. *Australasian Journal of Paramedicine*, 16(June). <https://doi.org/10.33151/ajp.16.705>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., . . . Khalil, H. (2020a). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00167>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020b). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris, E., & Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI. Available online: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- Rai, A.T., Seldon, A.E., Boo, S., Link, P.S., Domico, J.R., Tarabishy, A.R., Lucke-Wold, N., & Carpenter, J.S. (2017). A population-based incidence of acute large vessel occlusions and thrombectomy eligible patients indicates significant potential for growth of endovascular stroke therapy in the USA. *J Neurointerv Surg*, 9, 722-726. <https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2016-012515>
- Rennert, R.C., Wali, A.R., Steinberg, J.A., SantiagoDieppa, D.R., Olson, S.E., Pannell, J.S. et al. (2019). Epidemiology, natural history, and clinical presentation of large vessel ischemic stroke. *Clin Neurosurg*; 85, S4-S8. <https://doi.org/10.1093/neuros/nyz042>
- Senovilla-González, L., Hernández-Ruiz, À., & García-García, M. (2021). Comparación de la escala RACE con otras escalas de valoración de oclusiones arteriales de gran vaso en el medio extrahospitalario: una revisión rápida. *An Sist Sanit Navar*, 44(2), 275- 289. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0964>
- Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I., & de Vet, H. C. W. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Quality of Life Research*, 18(8), 1115-1123. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9528-5>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>

FELICIDADE SUBJETIVA EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

SUBJECTIVE HAPPINESS IN NURSING STUDENTS: AN EXPLORATORY STUDY

FELICIDAD SUBJETIVA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Analisa Candeias¹
Cristina Martins²
Paula Encarnação³
Alexandra Esteves⁴
Fernando Petronilho⁵

¹Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga, Portugal (acandeias@ese.uminho.pt)
<https://orcid.org/0000-0001-9620-163X>

²Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga, Portugal (cmartins@ese.uminho.pt)
<https://orcid.org/0000-0003-2047-6607>

³Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga, Portugal (pse@ese.uminho.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-7458-8105>

⁴Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, Braga, Portugal (alexandraesteves@ics.uminho.pt)
<https://orcid.org/0000-0003-0660-9485>

⁵Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga, Portugal (fpetronilho@ese.uminho.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-3903-9100>

Corresponding Author

Analisa Candeias
Rua Eng. Jerónimo Candeias, n.º 109
4850-507 Vieira do Minho, Portugal
acandeias@ese.uminho.pt

RECEIVED: 13th May, 2023

ACCEPTED: 20th July, 2023

PUBLISHED: 15th August, 2023

Servir, 2(6), e31199

DOI:10.48492/servir0206.31199

2023



RESUMO

Introdução: A sociedade tem vindo a prestar maior atenção à felicidade, sendo foco de reflexão de diversos pensadores. Complementar à saúde mental, torna-se um indicador para a avaliação económica/social de cada país, pois países mais prósperos apresentam índices mais sólidos de felicidade.

Objetivo: Avaliar o nível de felicidade subjetiva dos estudantes do 1.º ano de Enfermagem de uma instituição de ensino superior.

Métodos: Estudo de natureza descritiva-exploratória, transversal, quantitativo; amostra de conveniência, constituída por 63 estudantes do 1.º ano de Enfermagem, de uma instituição de ensino superior. Recolha de dados com recurso a um instrumento de avaliação construído pelos investigadores, englobando duas partes: i) aspetos de caracterização sociodemográfica e ii) Escala de Felicidade Subjetiva.

Resultados: 82,5% dos estudantes são do sexo feminino, a maioria (68,3%) vive com a família durante a semana e considera-se sociável (79,3%). A média de felicidade subjetiva é de 4,6 (máx=6,5, min=2,25; DP=1,003). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a situação afetivo-social e a felicidade subjetiva [$F(3) = 8,508$; $p < 0,01$].

Conclusão: A felicidade subjetiva é avaliada com valores satisfatórios que podem induzir alguma preocupação e atenção, no sentido de procurar definir e implementar programas de intervenção promotores de maior felicidade nesta população de jovens adultos.

Palavras-chave: felicidade; bem-estar psicológico; estudantes de enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Society has been giving high attention to happiness, being the focus of reflexion by several thinkers. Complementary to mental health, happiness becomes an indicator for the economic/social assessment of each country, because, more prosperous countries have more solid levels of happiness.

Objective: Describe the level of subjective happiness of 1st year nursing students, at a higher education institution.

Methods: Descriptive-exploratory, cross-sectional and quantitative study; convenience sample, consisting of 63 1st year nursing students from a higher education institution. Data collection established using an evaluation instrument constructed by the researchers, with two parts: i) aspects of sociodemographic characterization and ii) Subjective Happiness Scale.

Results: 82,5% of the students is female, most (68,3%) live with their family during the week and consider themselves sociable (79,3%). The mean of subjective happiness is 4,6 (max=6,5, min=2,25; SD=1,003). Statistically significant differences were found between the affective-social situation and subjective happiness [$F(3)=8,508$; $p < 0,01$].

Conclusion: Subjective happiness is evaluated with satisfactory values that may induce some concern and attention, in the sense of trying to define and implement intervention programs that promote high levels of happiness in this population of young adults.

Keywords: happiness; psychological well-being; nursing students

RESUMEN

Introducción: La sociedad viene prestando mayor atención a la felicidad, siendo foco de reflexión de pensadores. Complementar a la salud mental, la felicidad se convierte en un indicador de la valoración económica/social de cada país, pues los países más prósperos tienen niveles de felicidad más sólidos.

Objetivo: Describir el nivel de felicidad subjetiva de estudiantes de primer curso de enfermería de una institución universitaria.

Métodos: Estudio descriptivo-exploratorio, transversal, cuantitativo; muestra de conveniencia, con 63 estudiantes de primer curso de enfermería de una institución universitaria. Recolección de datos mediante un instrumento de evaluación construido por los investigadores, en dos partes: i) aspectos de caracterización sociodemográfica y ii) Escala de Felicidad Subjetiva.

Resultados: 82,5% de los estudiantes es del sexo femenino, la mayoría (68,3%) vive con su familia por la semana y se considera sociable (79,3%). La media de la felicidad subjetiva es 4,6 (max=6,5, min=2,25; DP=1,003). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la situación afectivo-social y la felicidad subjetiva [$F(3) = 8.508$; $p < 0,01$].

Conclusión: La felicidad subjetiva se evalúa con valores satisfactorios que pueden inducir a una preocupación y atención, en el sentido de tratar de definir e implementar programas de intervención que promuevan una mayor felicidad en esta población de jóvenes.

Palabras Clave: felicidad; bienestar psicológico; estudiantes de enfermería

Introdução

A sociedade ocidental tem vindo a prestar uma maior atenção ao que significa a felicidade, e, embora de cariz subjetivo, também é verdade que a felicidade foi foco de atenção por parte de diversos pensadores ao longo dos tempos, como por exemplo Aristóteles ou Kant. A felicidade é muitas vezes utilizada como sinónimo de bem-estar, satisfação com a vida, alegria, paz de espírito, etc.. Ainda assim, Lyubomirsky e Lepper (1999) referem que a felicidade diz respeito a uma avaliação subjetiva de cada pessoa sobre aquilo que a faz feliz ou infeliz, tendo em conta aquilo que é importante para cada um.

Sendo algo complementar à saúde mental (Pais-Ribeiro, 2012), a felicidade torna-se igualmente um indicador para a avaliação económica de cada país, pois países mais prósperos apresentam índices mais sólidos de felicidade. No World Happiness Report 2023 (Helliwell, Layard, Sachs, Neve, Akinin, & Wang, 2023) é referido que, para a avaliação da felicidade, deve-se ter em conta a relação entre emoções positivas, emoções negativas e a avaliação de vida que cada pessoa realiza. Neste relatório, Portugal apresenta-se em 56.º lugar no ranking estabelecido para o triénio 2020-2022, sendo que a Finlândia se encontra em 1.º lugar.

Estes resultados podem ser alvo de alguma preocupação, não somente devido às condições socioeconómicas do nosso país, porém igualmente porque indicam a necessidade de uma reflexão acerca daquilo que pode ser a felicidade do povo português. Se, por um lado, a felicidade é associada a uma conceitualização individual, também é certo que é influenciada pelo coletivo, através das diferentes etapas de vida de cada um. O estudante do ensino superior pode ser um alvo chave desta reflexão, não somente porque se encontra numa transição importante da sua vida, porém, identicamente, por ser considerado como um espelho daquilo que é o futuro de uma comunidade. Assim, este trabalho, inserido no desenvolvimento do projeto pedagógico Be+Happy- Meditação & Felicidade: Promoção do Bem-Estar no Estudante Universitário, apresenta como objetivo avaliar o nível de felicidade subjetiva dos estudantes do 1.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma instituição de ensino superior.

1. Enquadramento Teórico

Nos dias atuais, é facilmente aceitável que não existe saúde sem saúde mental. Aliás, a World Health Organization (WHO) é bastante clara no que diz respeito a essa conclusão, pois indica que «mental health is an integral part of our general health and well-being and a basic human right» (WHO, 2022, p. 2). Considerar a saúde mental como um direito do ser humano significa que, a todos, é reservado o direito da sua preservação enquanto seres totais, numa perspetiva global e inclusiva, onde deve ser incluída a felicidade.

Encontramo-nos inseridos numa comunidade que apresenta uma tendência para tudo aquilo que é rápido, mas muitas vezes superficial, amplamente marcada pela digitalização e pela visão do Outro através de um ecrã. No entanto, também assistimos, hoje em dia, a uma maior procura pela vivência da interioridade, do bem-estar psicológico e de um (possível) melhor «eu». A indagação pela felicidade faz parte dessa procura, sendo considerada como algo inerente à natureza do ser humano. Veja-se, por exemplo, que já os antigos tinham tentado definir aquilo que permite a felicidade, visto que, para Aristóteles, a felicidade passava pela realização de ações virtuosas, justas e equilibradas (Aristóteles, 2009). Talvez seja mais fácil explicar o que a felicidade não é, pois todos conseguimos reconhecer, com maior facilidade, aquilo que traz maior prejuízo ao coletivo ou ao todo, o que não deve ser feito.

É interessante verificar a associação que existe entre a felicidade e a moralidade, pois ambas podem ser pensadas e analisadas através de uma vida mais comunitária. Aquilo que cada um considera como felicidade é bastante subjetivo, todavia sujeito a uma ponderação moral, que deve ser realizada à luz daquilo que são os valores. Ainda assim, por exemplo para Kant, a felicidade depende do desejo, e embora subjetiva, não pode ser considerada como o fim último da moralidade, uma vez que o dever de cada um é a manutenção da sua integridade moral, e não a promoção da sua felicidade (Kant, 2015).

Muitas vezes utiliza-se o conceito de felicidade como sinónimo de bem-estar e de satisfação com a vida, sendo empregue no quotidiano como algo vulgar ou facilmente acessível (Lambert et al., 2022; Pais-Ribeiro, 2012). Porém, de facto, não o é, visto apresentar-se como um constructo complexo, multifacetado e que depende das vivências e visão de cada pessoa. A



cultura é uma variável fundamental para a avaliação da felicidade, assim como a religião, a espiritualidade ou as experiências anteriores. Cada um de nós é afetado por aquilo que viveu, pelo que o rodeia e pelas suas próprias expectativas. É habitual encontrar-se algum medo da felicidade, não só por aquilo que a mesma representa, todavia igualmente pela noção vincada de individualidade que a felicidade detém (Joshnloo, 2019; Lambert et al., 2022). Surge aqui a ideia de que é possível que um ser seja melhor e mais feliz que todos os outros, quase à semelhança de um super-homem, que por vezes é entendido numa perspetiva narcísica.

De facto, a felicidade pode ser considerada como um estado mental, que é influenciado por todas as outras dimensões que compõem a pessoa, como a sua biologia, o seu nível de socialização ou a sua espiritualidade. Durante muitos anos, a felicidade foi alvo de estudo e reflexão, porém, assistimos nos últimos anos ao desenvolvimento do seu estudo no âmbito das ciências cognitivas, da psicologia e das neurociências. Se, ao longo do tempo, se procurou responder à avaliação da felicidade como um possível estado da mente, também existiu a preocupação de a analisar de acordo com o que diz respeito ao que proporciona que a vida corra bem às pessoas (Haybron, 2020), numa tendência cognitiva ou afetiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999). Ainda assim, a felicidade, embora não palpável, pode conduzir a uma maior sensação de bem-estar (Galambos, Krahn, Johnson, & Lachman, 2020), e isso implica consequências ao nível do corpo e do comportamento de cada um daqueles que a vive.

Tal como foi referido anteriormente, Lyubomirsky e Lepper (1999) indicam que a felicidade pertence a uma avaliação subjetiva de cada pessoa sobre aquilo que a faz feliz ou infeliz, tendo em conta o que é importante para si. É interessante verificar como a sociedade ocidental tomou a felicidade como um objetivo e como um indicador de conforto, tentando até transformá-la em algo objetivo, facilmente quantificável, e que demonstre o nível de progresso de uma comunidade; todavia, a felicidade diz respeito a uma perspetiva subjetiva, e deve ser tratada como tal. A visão oriental sobre a felicidade é, talvez, mais integradora, pois defende que o equilíbrio e a harmonia que devem ser mantidos com o mundo que nos rodeia são fundamentais nesta consideração – ou seja, defende que cada um deve permitir que exista um certo envolvimento e uma aceitação.

Obviamente, a vivência da felicidade no quotidiano pode ser, por vezes, esquecida. A vida carece de atenção, assim como as responsabilidades profissionais, pessoais ou familiares, e, na dinâmica diária, a ideia da felicidade nem sempre se encontra presente. Ainda assim, sabemos que existem determinados fatores que a podem influenciar positivamente, como por exemplo a prática de exercício físico, os hábitos de sono, a alimentação, a qualidade das relações e, inclusive, a prática da gratidão (Kausar, 2018; Lambert et al., 2022). Na verdade, em último caso, a felicidade pode também ser considerada uma escolha, não só devido à importância que apresenta na vida de cada um, porém, efetivamente, porque ajuda o ser humano a ser mais saudável (Helliwell et al., 2023; Jiang et al., 2022; Joshnloo, 2019; Lambert et al., 2022).

Tendo em conta esta preocupação pela vivência da felicidade no quotidiano, e pela sua identificação, foi desenvolvido o projeto pedagógico Be+Happy - Meditação & Felicidade: Promoção do Bem-Estar no Estudante Universitário, por um grupo multidisciplinar de docentes da Universidade do Minho. Este projeto procurou fomentar a felicidade, o bem-estar e a saúde dos estudantes que estiveram envolvidos no mesmo, através de uma prática semanal de meditação guiada e promoção do mindfulness; este projeto também apresenta como objetivos dar início a uma comunidade de prática e desenvolver a interação entre as diferentes perspetivas multidisciplinares que apresentam o ser humano como objeto de estudo. Os resultados aqui apresentados dizem respeito à primeira avaliação realizada no âmbito do desenvolvimento do projeto, tendo como principal foco de atenção a felicidade.

2. Métodos

Estudo de natureza descritiva-exploratória, transversal, assente num paradigma quantitativo.

2.1 Amostra e Critérios de Inclusão

A amostra, de conveniência, foi constituída por 63 estudantes do 1.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, de uma instituição de ensino superior da região norte de Portugal continental.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada com recurso a um instrumento de avaliação construído pela equipa de investigação, englobando duas partes: i) aspetos de caracterização sociodemográfica e biológica (e.g. situação familiar, situação afetivo-social, género, idade) e, ii) Escala de Felicidade Subjetiva (de Lyubomirsky & Lepper (1999)), traduzida e validada por Pais-Ribeiro (2012), constituída por um único fator com 4 itens, em que a resposta a cada item é dada de acordo com uma escala visual analógica de 7 posições, ancorada em duas afirmações antagónicas que expressam o nível de felicidade ou a sua falta. Com exceção do 4.º item (este tem uma interpretação dos scores antagónica aos restantes 3 primeiros itens), quanto mais elevado é o score de resposta obtido maior é o grau de felicidade percecionado em cada item. Ao invés, quanto mais baixo é o score de resposta obtido menor é o grau de felicidade percecionado, variando o score médio global de felicidade de cada caso entre 1 e 7. Neste estudo, com a aplicação da escala obtivemos um valor de consistência interna considerado bom (alfa = 0,782).

2.3 Procedimentos

A recolha de dados decorreu no mês de outubro de 2022, tendo sido realizada por preenchimento de um questionário on-line, disponibilizado aos estudantes. Para a análise e tratamento dos dados recorreu-se ao Statistical Package for the Social Sciences ([SPSS], versão 28), sendo utilizadas técnicas de estatística descritiva (medidas de tendência central e de dispersão) e estatística inferencial, nomeadamente o teste paramétrico de diferenças ANOVA (F), uma vez que, realizada a análise exploratória dos dados, verificámos que a variável Felicidade Subjetiva segue uma distribuição aproximadamente normal.

O presente estudo obteve autorização da instituição de ensino superior onde foi realizado, através do Centro IDEA-UMinho, cumprindo os pressupostos éticos inerentes a investigação científica, concretamente o consentimento livre e esclarecido dos participantes e a garantia de confidencialidade e anonimato.

3. Resultados

Do total da amostra, 82,5% dos estudantes são do sexo feminino, a maioria (68,3%) vive com a família durante a semana (Gráfico 1) e considera-se uma pessoa sociável (79,3%),

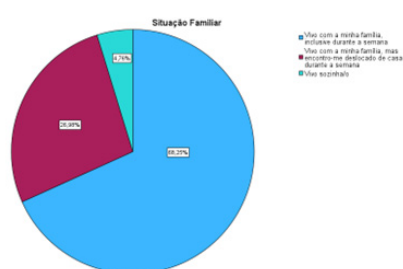


Gráfico 1 – Distribuição dos estudantes pela situação familiar.

apesar de 31,7% referirem terem poucos amigos (Gráfico 2).

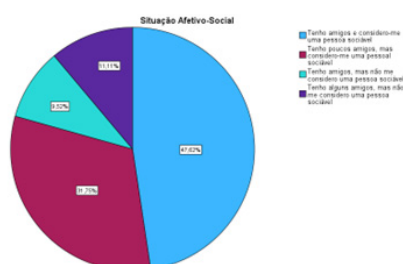


Gráfico 2 – Distribuição dos estudantes pela situação afetivo-social.



A média de felicidade subjetiva é de 4,6 (máx=6,5, min=2,25; DP=1,003). A tabela 1 mostra os resultados relativamente aos 4 itens que constituem a Escala de Felicidade Subjetiva, verificando-se que o item que obteve o score mais elevado foi «De uma forma geral considero-me: uma pessoa não muito Feliz a 7/uma pessoa muito feliz» (média=5,29). Ao invés, o item que obteve score mais baixo foi «Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?» (média=4,19).

Tabela 1 – Distribuição dos resultados da Escala de Felicidade Subjetiva pelos 4 itens (medidas de tendência central e de dispersão)

	De uma forma geral considero-me: 1=Uma Pessoa não Muito Feliz a 7=Uma Pessoa Muito Feliz	Comparado/a com os meus amigos considero-me: 1=Menos Feliz a 7=Mais Feliz	Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si? 1=Menos Feliz a 7=Mais Feliz	Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si? 1=Em Nada a 7=Totalmente
Média	5,25	4,59	4,35	4,19
Mínimo	2	2	1	2
Máximo	7	7	7	7

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a situação afetivo-social quanto à felicidade subjetiva [$F(3) = 8,508$; $p < 0,01$].

4. Discussão

Os participantes deste estudo apresentam valores satisfatórios de felicidade subjetiva, ainda que o item que apresentou um valor médio mais elevado diga respeito à auto consideração realizada por cada um naquilo que diz respeito à felicidade. Este resultado vai ao encontro da evidência científica, visto que alguns autores (Albani, Strakantouna, Vus, Bakalis, Papathanasiou, & Fradelos (2022); Jiang et al., 2022; Lambert et al., 2022; Liang & Sun, 2022), nos estudos efetuados, concluíram que os níveis de felicidade dos elementos das amostras estudadas poderiam ser, efetivamente, melhores.

É interessante verificar como a transição realizada pelos jovens adultos no âmbito do ensino superior pode ser influenciada pelas suas próprias expectativas, medos e receios em relação ao futuro (Joshnloo, 2019). Quando analisamos os resultados aqui apresentados, verificamos que existe um item que requer uma certa ponderação, sendo aquele que atende a uma comparação perante a não felicidade dos outros (item 4, com média de 4,19). Os resultados relativos a este item sugerem que existe uma certa tendência para a não felicidade, a nível comparativo, indo ao encontro do que Galambos et al. (2020) argumentam no seu estudo, afirmando que a felicidade não é obrigatoriamente algo inerente aos mais jovens.

No que diz respeito ao sexo, num estudo realizado por Batik, Bingö, Kodaz e Hoşoğlu (2017) verificou-se que os níveis de felicidade subjetiva eram igualmente satisfatórios, para uma população maioritariamente do sexo feminino, tal como a que foi aqui apresentada. No entanto, tendo em conta o estudo de Jiang et al. (2022), a felicidade foi mais prevalente em indivíduos do sexo feminino, o que vem colocar em causa uma certa tendência para considerar pessoas do sexo feminino mais felizes.

Atendendo agora à situação familiar, neste estudo verificámos que a maioria dos participantes vive com a sua família, podendo ser considerada um fator essencial para a promoção da felicidade. Os níveis de felicidade subjetiva aqui apresentados podem ter sido influenciados por essa experiência familiar, pois, tal como referem Jiang et al. (2022) e North, Holahan, Moos e Cronkite (2008), estudantes do ensino superior com boa estrutura familiar são mais felizes. Estudantes com um suporte familiar adequado, em que os seus diversos elementos se entrelaçam, apresentam uma felicidade subjetiva mais fundamentada (King et al., 2014).

Nesta investigação constatámos que os estudantes com melhores índices afetivo-emocionais apresentam um maior índice de felicidade subjetiva. Esta relação positiva encontra-se em consonância com a literatura científica, visto que diversos autores (Demir, 2015; Lambert et al., 2022; Liang & Sun, 2022) concluíram que os estudantes do ensino superior mais felizes são aqueles que encontram nas suas relações, em especial com os pares ou no âmbito amoroso, um suporte afetivo e sentimental relevante para o seu bem-estar.

Na realidade, é possível afirmar-se que a felicidade pode ser explicada por fatores genéticos e neuro químicos (Radhika, Roopasree, & Mukkadan, 2022), todavia, a influência dos fatores não biológicos é essencial aquando a análise e reflexão sobre a felicidade. Neste estudo, apurámos que a dimensão afetiva e social, amplamente marcada pela presença de amigos e de relações afetivas relevantes, é uma mais valia na promoção da felicidade. Tal como referem Jiang et al. (2022), a felicidade é muito mais do que um sentimento transitório, sendo a sua experiência fundamental na transição para a fase adulta da vida, proporcionando ao jovem adulto uma perspetiva de segurança e solidez que lhe possibilitarão ser mais produtivo e capaz na comunidade onde se incluirá.

Conclusão

A felicidade, sendo um constructo individual psicológico e um complemento ao bem-estar dos cidadãos, na amostra deste estudo é avaliada com valores satisfatórios que devem induzir alguma preocupação e atenção por parte dos profissionais de saúde que acompanham estes jovens adultos e dos seus docentes, no sentido de procurar definir e implementar programas de intervenção promotores de maior felicidade nesta população de estudantes do ensino superior. Os níveis de felicidade subjetiva aqui avaliados encontram-se em forte relação com a dimensão afetiva-emocional dos elementos da amostra constituída e, embora relevantes, na nossa perspetiva, são passíveis de ser melhorados através da implementação de intervenções de educação e promoção no âmbito da literacia da felicidade e do bem-estar.

A equipa do projeto pedagógico Be+Happy encontra-se ainda em fase de análise de outros resultados, relacionados com o bem-estar subjetivo e a saúde dos estudantes que participaram neste estudo, o que passa por ser uma limitação do estudo. Todavia encontra-se a organizar estratégias de promoção de felicidade, o que inclui a continuidade da implementação de um momento de meditação guiada semanal no campus da instituição de ensino superior onde decorreu o estudo e a criação de uma comunidade de prática, constituída por docentes, que vise refletir mais, e de forma multidisciplinar, sobre a felicidade e o bem-estar dos estudantes do ensino superior.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não apresentar a existência de conflito de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Os autores agradecem ao Centro IDEA da Universidade do Minho o apoio e o financiamento disponibilizado para a realização do projeto Be+Happy - Meditação & Felicidade: Promoção do Bem-Estar no Estudante Universitário. Mais, confirmamos que este trabalho representa material original, não foi publicado anteriormente e não se encontra em apreciação para publicação noutra local.

Referências bibliográficas

- Albani, E., Strakantouna, E., Vus, V., Bakalis, N., Papathanasiou, I. V., & Fradelos, E. C. (2022). The impact of mental health, subjective happiness and religious coping on the quality of life of nursing students during the COVID-19 pandemic. *Wiadomości Lekarskie*, 75(3), 678-684. <https://doi.org/10.36740/WLek202203120>
- Aristóteles (2009). *Ética a Nicómaco*. Lisboa: Quetzal.
- Batık, M. V., Bingö, T. Y., Kodaz, A. F., & Hoşoğlu, R. (2017). Forgiveness and subjective happiness of university students. *International Journal of Higher Education*, 6(6), 149-162. <https://doi.org/10.5430/ijhe.v6n6p149>



- Demir, M. (2015). *Friendship and happiness across the lifespan and cultures*. Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-9603-3>
- Galambos, N. L., Krahn, H. J., Johnson, M. D., & Lachman, M. E. (2020). The U Shape of happiness across the life course: expanding the discussion. *Perspectives on Psychological Science*, 15(4), 898–912. <https://doi.org/10.1177/1745691620902428>
- Haybron, D. (2020). Happiness. *The Stanford encyclopedia of philosophy*. <https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/happiness/>
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (2023). *World happiness report 2023*. Sustainable Development Solutions Network. <https://worldhappiness.report/ed/2023/>
- Jiang, Y., Lu, C., Chen, J., Miao, Y., Li, Y., & Deng, Q. (2022). Happiness in university students: personal, familial, and social factors: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4713), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084713>
- Joshanloo, M. (2019). Lay conceptions of happiness: associations with reported well-being, personality traits, and materialism. *Frontiers in Psychology*, 10(2377), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02377>
- Kant, I. (2015). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Coimbra: Edições 70.
- Kausar, R. (2018). Relationship between gratitude and happiness in college students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 9(1), 109-113. <https://doi.org/10.15614/ijpp.v9i01.11752>
- King, K. A., Vidourek, R. A., Merianos, A. L., & Singh, M. (2014). A study of stress, social support, and perceived happiness among college students. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2(2), 132-144.
- Lambert, L., Draper, Z. A., Warren, M. A., Joshanloo, M., Chiao, E.-L., Schwam, A., & Arora, T. (2022). Conceptions of happiness matter: relationships between fear and fragility of happiness and mental and physical wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 23, 535–560. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00413-1>
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137–155. <https://doi.org/10.1023/A:1006824100041>
- North, R. J., Holahan, C. J., Moos, R. H., & Cronkite, R. C. (2008). Family support, family income, and happiness: a 10-year perspective. *Journal of Family Psychology*, 22(3). <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.475>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Validação transcultural da Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 157-168.
- Radhika, P., Roopasree, B., & Mukkadan, J. K. (2022). 'Happiness' - The role of neurochemicals. *International Journal of Science and Research*, 9(9), 174-178. <https://doi.org/10.21275/SR20904163020>
- World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Executive summary. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860>

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NA SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR DO IDOSO COM DEMÊNCIA: PROTOCOLO SCOPING REVIEW

REHABILITATION NURSE'S INTERVENTION IN THE FAMILY CAREGIVER BURDEN OF THE ELDERLY WITH DEMENTIA: SCOPING REVIEW PROTOCOL

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE REHABILITACIÓN EN LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL ANCIANO CON DEMENCIA: PROTOCOLO SCOPING REVIEW

Servir, 2(6), e31284

DOI:10.48492/servir0206.31284

Maria Martins¹
Daniela Marinho²
Daniel José Cunha³
Inês Rocha⁴

¹Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto, Portugal (ariaalvesferreiramartins@gmail.com)

²Stepping Hill Hospital, Stockport, Reino Unido (danielammario@hotmail.com)

³Escola Superior de Saúde de Santa Maria, CINTESIS, Porto, Portugal (daniel.cunha@santamariasauade.pt)

⁴Escola Superior de Saúde de Santa Maria, CINTESIS@RISE, Porto, Portugal (ines.rocha@santamariasauade.pt)

Corresponding Author

Maria Alves Ferreira Martins

Rua da Presa nº62

4595-275 Paços de Ferreira, Portugal

mariaalvesferreiramartins@gmail.com

RECEIVED: 23rd May, 2023

ACCEPTED: 20th July, 2023

PUBLISHED: 15th August, 2023

2023



RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional leva ao aumento de doenças crônicas, como a demência, refletindo-se na diminuição da capacidade de realização das atividades de vida diária, tornando a pessoa dependente de um cuidador. São majoritariamente os familiares que assumem o papel de cuidador podendo surgir situações de sobrecarga, por não terem formação ou qualificação para executar a função. Os enfermeiros têm o papel de ajudar os familiares cuidadores e empoderá-los para responderem de forma saudável às mudanças inerentes ao exercício do papel de cuidador.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência.

Métodos: Realização de um protocolo de scoping review, baseado na metodologia de Joanna Briggs Institute®. A pesquisa foi conduzida na SCOPUS®, Web of Science™ e EBSCO®, e igualmente, na literatura cinzenta: nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, Google Scholar e MedNar.

Resultados: Os resultados desta revisão irão permitir mapear as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que contribuem para a diminuição da sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência.

Conclusão: É fundamental a promoção de um ambiente de bem-estar social, de saúde física e mental do familiar cuidador de idoso com demência, em contexto domiciliar, para diminuição da sobrecarga e o adiamento da institucionalização.

Palavras-chave: cuidador; demência; fardo do cuidador; enfermeiro; reabilitação

ABSTRACT

Introduction: The increase of aged population leads to an increase in chronic diseases, such as dementia, which is reflected in the decrease in the ability to carry out activities of daily living. Consequently, it makes the person dependent on a caregiver. It is mostly family members who assume the role of caregiver and situations of burden may arise, as they are not trained or qualified to perform the function. Nurses have the role of helping family caregivers and empowering them to respond in a healthy way to the changes inherent in exercising the role of caregiver.

Objective: To map the scientific evidence on the Rehabilitation Nurse's intervention in the family caregiver burden of the elderly with dementia.

Methods: Implementation of a scoping review protocol, based on the Joanna Briggs Institute methodology. The research was conducted in SCOPUS®, Web of Science™ and EBSCO®, and was also, in the gray literature: Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, Google Scholar and MedNar.

Results: The results of this review will allow mapping the Rehabilitation Nurse's interventions that contribute to reducing the family caregiver burden of the elderly with dementia.

Conclusion: It is fundamental to promote an environment of social well-being, physical and mental health of the family caregiver of an elderly person with dementia, in the home context, to reduce the burden and delay institutionalization.

Keywords: caregiver; dementia; caregiver burden; nurse; rehabilitation

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional conlleva un incremento de enfermedades crónicas, como la demencia, lo que se refleja en la disminución de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. En consecuencia, hace que la persona dependa de un cuidador. En su mayoría son los familiares quienes asumen el rol de cuidador y pueden presentarse situaciones de sobrecarga, ya que no están capacitados ni calificados para desempeñar la función. El enfermero tiene el rol de ayudar a los familiares cuidadores y empoderarlos para responder de manera saludable a los cambios inherentes al ejercicio del rol de cuidador.

Objetivo: Mapear la evidencia científica sobre la intervención de la Enfermera Especialista en Enfermería de Rehabilitación en la sobrecarga del cuidador familiar del anciano con demencia.

Métodos: Implementación de un protocolo de scoping review, basado en la metodología del Instituto Joanna Briggs. La investigación se realizó en SCOPUS®, Web of Science™ y EBSCO®, y también estuvo, en la literatura gris: Repositórios Científicos de Acceso Aberto de Portugal, Google Scholar y MedNar.

Resultados: Los resultados de esta revisión permitirán mapear las intervenciones de la Enfermera Especialista en Enfermería de Rehabilitación que contribuyan a disminuir la carga del cuidador familiar del anciano con demencia.

Conclusión: Es fundamental promover un ambiente de bienestar social, salud física y mental del cuidador familiar del anciano con demencia, en el contexto domiciliario, para disminuir la carga y posponer la institucionalización.

Palabras Clave: cuidador; demencia; carga del cuidador; enfermero; rehabilitación

Introdução

Com a melhoria do acesso ao Sistema Nacional de Saúde e às políticas direcionadas para a saúde, tem-se observado um aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, um crescente envelhecimento populacional (Sousa et al., 2020a). Desta forma, constata-se que o tempo é um fator inexorável à vida humana, trazendo consigo uma série de impactos para a vida dos indivíduos, como a diminuição da capacidade de realização das atividades de vida diária (AVD's) e o aumento de doenças crónicas, como a demência, que têm repercussões significativas nas suas vidas (Rangel et al., 2019).

A demência é uma realidade preocupante da saúde do idoso por se tratar de uma doença irreversível, muitas vezes progressiva, caracterizada por alterações cognitivas e/ou comportamentais, interferindo na dependência do idoso na realização das AVD's, tornando-se este dependente de um cuidador (Amorim et al., 2020).

A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais prevalente no mundo e é responsável por cerca de 60-70% dos casos (WHO, 2023). A doença é tipicamente conhecida por alterar a memória de curto prazo, avançando progressivamente para a perda de memória a longo prazo, além das alterações do raciocínio, comportamento e linguagem (Dias & Melo, 2020). Embora esta patologia seja a mais conhecida e incidente, outras patologias podem resultar em síndrome demencial. As doenças cerebrovasculares estão relacionadas com o desenvolvimento da demência vascular, conhecida pela sua complexidade e padrão heterogéneo de alteração cognitiva. Outras patologias, como a demência por corpos de Lewy, demência frontotemporal, afasia progressiva primária entre outras, também resultam em uma síndrome demencial (Amorim et al., 2020).

Mediante o crescimento da população idosa e devido à consequência funcional da demência, o papel do cuidador em contexto domiciliar torna-se cada vez mais evidente, podendo ser desempenhado por um familiar cuidador, que passa a ser responsável por cuidar da pessoa idosa, com ações que visam auxiliar as suas AVD's. Estas atividades de cuidar são, maioritariamente, impostas às famílias, com caráter de obrigatoriedade moral, que assumem os cuidados sem a devida formação ou qualificação para o exercício dessa função (Sousa et al., 2020a). Os gestores hospitalares também têm vindo a defender altas clínicas precoces e a transferir mais responsabilidade à família na continuidade dos cuidados aos seus familiares com compromisso no autocuidado (França et al., 2020).

Os principais cuidadores de idosos são do género feminino, sendo por norma filhas ou esposas (Sousa et al., 2020a). A assunção do papel de cuidadora poderá ter um impacto negativo na sua vida, bem-estar social, saúde física e mental (Rangel et al., 2019). Deve ter-se igualmente em conta que a par da transição de saúde/doença vivenciada pelo recetor de cuidados, os familiares cuidadores vivenciam uma transição situacional para o exercício de um novo papel, que exige aprendizagem e aquisição de novas competências (França et al., 2020).

As atividades direcionadas ao cuidado da pessoa idosa possuem um caráter permanente, podendo gerar situações de sobrecarga do cuidador, implicando a necessidade de avaliar a presença de sobrecarga de trabalho (Sousa et al., 2020a). Neste contexto, a sobrecarga recai sobre o familiar cuidador, que, por não possuir a preparação adequada para assumir este papel, conduz ao desgaste físico, ansiedade e depressão que, frequentemente, afetam o seu bem-estar, a sua saúde, autoestima e satisfação pela vida. Conclui-se que a qualidade de vida dos cuidadores é afetada pela sobrecarga da tarefa de cuidar, tornando-os mais suscetíveis a doenças com impacto físico e psicológico (Rangel et al., 2019).

O conhecimento sobre as características dos familiares cuidadores e os problemas no desempenho da sua função permite aos profissionais de saúde planear e programar medidas que ofereçam suporte e destreza ao cuidador para reconhecer quando necessita de ajuda, e como é importante dividir as tarefas com outros familiares (Sousa et al., 2020a). Os enfermeiros têm o papel de ajudar os familiares cuidadores a compreenderem a complexidade do processo de transição e empoderá-los para responderem de forma saudável às mudanças inerentes ao exercício do papel de cuidador (França et al., 2020).

Dado o exposto anteriormente, surgiu a seguinte questão orientadora para este estudo: Qual a evidência científica disponível sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência?



Para dar resposta à questão orientadora, decidiu-se utilizar a metodologia scoping review, uma vez que esta metodologia assenta no mapeamento da literatura num determinado campo de interesse, sobretudo quando revisões acerca do tema ainda não foram realizadas (Sucharew & Macaluso, 2019). Diferencia-se dos demais métodos, pois auxilia a recolha de informações amplas e focadas, sem distinção entre os tipos de estudos e métodos utilizados, ou seja, aponta a necessidade de inclusão de todos os estudos existentes para uma revisão diversificada. A sua sistematização está baseada no referencial de Joanna Briggs Institute (JBI®) e utiliza a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Salvador et al., 2021).

Assim sendo, definiu-se como objetivo desta scoping review: mapear a evidência científica sobre a intervenção do EEER na sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência.

1. Enquadramento Teórico

Atualmente, cerca de 55 milhões de pessoas em todo o mundo tem o diagnóstico de demência e, todos os anos, há cerca de 10 milhões de novos casos. Prevê-se que em 2030 existirão cerca de 82 milhões de pessoas com demência e em 2050 serão cerca de 152 milhões de pessoas (WHO, 2023). A demência é um problema de saúde pública global, em rápido crescimento, e caracteriza-se como sendo um declínio a nível cognitivo que afeta as AVD's, representando um dos maiores desafios globais para a saúde e assistência social no século XXI (WHO, 2019).

A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência nos idosos, em todo o mundo, e tem um impacto significativo nos indivíduos, mas também afeta os cuidadores, as famílias, as comunidades e a sociedade. Consequentemente, leva ao aumento dos custos para os governos, comunidades e famílias (WHO, 2019).

O conceito de demência é complexo e tem sofrido alterações sucessivas ao longo do tempo. Eliopoulos (2011) refere que demência é um prejuízo progressivo da função cognitiva, causada por dano ou lesão no cérebro, que afeta a memória, orientação, julgamento, raciocínio, atenção, linguagem e solução de problemas. Para Lagarto et al. (2014), o termo “demência” deriva do latim “de” (sem) + “mens” (mente) e designa um conjunto de patologias que se caracterizam por um declínio global das funções cognitivas com gravidade suficiente para interferir no funcionamento normal do indivíduo. Outros autores, como Parmera e Nitrini (2015), definem demência como uma condição na qual ocorre decréscimo cognitivo comparado a um nível prévio do indivíduo, com compromisso das suas funções sociais e funcionais.

A WHO (2019) menciona que existem muitas causas e tipos de demências, e divide-as igualmente em dois grupos, designando-as de demências primárias e demências secundárias.

A doença de Alzheimer, demência vascular, demência de corpos de Lewy e demência frontotemporal fazem parte do grupo das demências primárias. A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais prevalente, seguido da demência vascular e de corpos de Lewy, e são mais comuns em adultos mais velhos, enquanto a demência frontotemporal é menos comum e o seu diagnóstico é mais precoce (WHO, 2023). As demências secundárias são aquelas causadas por outra patologia como HIV (Human Immunodeficiency Virus), traumatismo craniano, esclerose múltipla, distúrbios ou deficiência de vitamina B12. Nestes casos, o compromisso cognitivo é, normalmente, acompanhado por sinais e sintomas em outros sistemas de órgãos e o tratamento concentra-se na doença de base (WHO, 2019).

Atualmente, a maioria das pessoas com demência são cuidadas pelos familiares, pois ficam impedidas de executar tarefas do quotidiano, necessitando de auxílio para o autocuidado e para realizar a sua vida de forma autónoma (Rangel et al., 2019). Por consequência, acarreta sobrecarga física, emocional e económica, sendo por isso urgente implementar programas de apoio para os familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio (Silva et al., 2018).

O familiar cuidador caracteriza-se por ser alguém que assiste e cuida de um familiar com algum tipo de doença, deficiência ou incapacidade, sendo que este novo papel compromete a resposta às suas AVD's e relações sociais, passando a sua vida a organizar-se em torno do cuidado ao familiar (Sousa et al., 2020b).

O desempenho prolongado de tarefas complexas de cuidados implica a sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica. Alguns familiares cuidadores referem alterações do sono, fadiga, comprometimento do coping familiar, processos familiares disfuncionais, conflito de decisões, sofrimento moral, negação, baixa autoestima, deterioração da relação socioprofissional, entre outros (Ferré-Grau et al., 2011). No entanto, existem também familiares cuidadores que manifestam sentimentos positivos de realização e emocionalmente gratificantes associados ao ato de cuidar (Sousa et al., 2020b).

Independentemente da patologia que causa a dependência, o perfil do familiar cuidador não varia significativamente. Na sua maioria, apresenta uma idade superior a 50 anos, são mulheres, desempregadas ou reformadas, com baixo nível de escolaridade, esposas ou filhas da pessoa dependente (Sousa et al., 2020b).

A sobrecarga do cuidador entende-se como um conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, experienciados por cuidadores de indivíduos com algum tipo de compromisso (Silva et al., 2018). Ainda de acordo com os mesmos autores, a saúde mental dos familiares cuidadores tende a ser afetada, aumentam os sentimentos de desesperança, quadros depressivos e irritabilidade emocional que advém de prestarem cuidados diariamente.

Os familiares de pessoas com demência a residir no domicílio manifestam maioritariamente necessidades relacionadas com o conhecimento, com a gestão da sintomatologia ansiosa e depressiva, com a gestão das relações familiares e sociais e com a falta de apoio institucional/ formal (Sousa et al., 2017). Face a esta realidade, intervir junto destes cuidadores torna-se prioritário, importando desenvolver instrumentos que apoiem a tomada de decisão dos profissionais de saúde quando prestam cuidados a estas pessoas (Sousa et al., 2017).

Tal facto remete para a necessidade de inclusão dos familiares cuidadores na atenção dos profissionais de saúde, no sentido de apoiá-los, estando disponíveis para ajudar nas intercorrências, disponibilizar recursos materiais e orientação para que possa desenvolver as atividades no domicílio. Além disso, é necessário a mobilização pública para a inclusão de questões relativas ao cuidado domiciliário de pessoas dependentes nas políticas de saúde, buscando soluções que contribuam para amenizar e sanar as dificuldades das famílias no que se refere ao apoio financeiro, material e de saúde (Baptista et al., 2012).

Os enfermeiros têm o papel de ajudar os familiares cuidadores a compreenderem a complexidade do processo de transição e empoderá-los para responderem de forma saudável às mudanças que ocorrem inerentes ao exercício do papel. Têm sido implementadas e avaliadas diferentes intervenções visando a prevenção ou redução da sobrecarga, sendo que as intervenções educacionais, de suporte, psicoeducacionais e de descanso do cuidador têm demonstrado um efeito positivo na redução da sobrecarga do cuidador (França et al., 2020).

2. Métodos

Esta revisão será desenvolvida segundo a metodologia do JBI[®], tendo em conta a check-list preconizada por Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR[®]),

A scoping review é um tipo de síntese de evidência que mapeia a evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, independentemente da fonte (Amendoeira et al., 2022). A sua sistematização está baseada no referencial da JBI[®] e utiliza o mnemónica PCC (população, conceito e contexto) (Salvador et al., 2021).

2.1 2.1 Questão da Scoping Review

O PCC definido para a scoping review encontra-se explanado na tabela 1.

Tabela 1 – PCC da scoping review

(P) Participantes	- Familiar Cuidador
(C) Conceito	- Intervenção do EEER na sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência
(C) Contexto	- Domicílio



Baseando-se na tabela 1, foi delineada a seguinte questão orientadora: Qual a evidência científica disponível sobre a intervenção do EEER na sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência?

2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Na tabela 2 encontram-se descritos os critérios de inclusão e exclusão da scoping review.

Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão da scoping review

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	- Cuidador informal - Familiar cuidador	- Cuidadores formais
Conceito	- Sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência - Intervenção do EEER na sobrecarga do familiar cuidador	- Não abordar e explicitar a intervenção do EEER na sobrecarga do cuidador informal
Contexto	- Domicílio	- Internamento hospitalar e lares
Tipos de Fontes de Evidência	- Estudos sem limite temporal - Estudos em português, inglês e espanhol - Estudos de acesso livre e texto integral - Fontes de Evidência: EBSCO®; SCOPUS®; Web of Science™; RCAAP; Google Scholar; MedNar.	- Estudos noutros idiomas - Estudos de acesso restrito ou sem texto integral - Outro tipo de fontes de pesquisa

2.3 Estratégia de Pesquisa

Conforme o recomendado pelas guidelines do JBI®, a estratégia de pesquisa tem três etapas. Na primeira etapa será realizada uma pesquisa inicial, na MEDLINE® (via PubMed) e na CINAHL® (via EBSCO®) para verificar a evidência existente acerca da sobrecarga do familiar cuidador. Ainda nesta etapa serão analisados os termos contidos nos títulos e nos resumos dos artigos, com o objetivo de identificar os principais termos MeSH indexados e os termos em linguagem natural sobre a temática. Na segunda etapa irá realizar-se uma nova pesquisa, utilizando os termos MeSH indexados e os termos em linguagem natural encontrados na primeira etapa. Na terceira, e última etapa, irá realizar-se uma nova pesquisa de evidência, com a expressão booleana final, noutras fontes de evidência primária (Peters et al., 2020). As bases de dados selecionadas serão a SCOPUS®, a Web of Science™ e o agregador EBSCO®.

Relativamente à pesquisa da literatura cinzenta, esta foi incluída na scoping review, com o objetivo de alcançar um mapeamento mais abrangente. De ressaltar que, para esta pesquisa, a expressão booleana final será adaptada a cada uma das fontes (Peters et al., 2020). Os Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), o Google Scholar e a MedNar serão as fontes de literatura cinzenta escolhidas.

Os estudos identificados, através da pesquisa de evidência nas fontes de pesquisa primária e da literatura cinzenta, serão exportados para a plataforma Endnote® versão X7, para assistir na gestão de evidências, e serão analisados por dois revisores independentes, recorrendo-se a um terceiro revisor em caso de discordância.

Dado o exposto anteriormente, a expressão booleana final desta scoping review é:

("family" OR "carer*" OR "caregiver*") AND ("mental health*" OR "burden*" OR "burnout" OR "exhaust*" OR "stress*") AND ("patient*" OR "old*" OR "relative*") AND ("dementia*" OR "cognitive impair*" OR "cognitive dysfunc*") AND ("rehab*" OR "rehabilitation nurs*" OR "nurs*")

2.4 Análise das referências bibliográficas

Nesta etapa será realizada a seleção das referências bibliográficas, com base na análise do título e do resumo e, posteriormente, análise do texto completo. Esta seleção terá em conta os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Haverá uma descrição narrativa do processo acompanhada por um fluxograma do processo de revisão, de acordo com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

(PRISMA-ScR®), detalhando o fluxo da pesquisa, passando pela seleção das referências bibliográficas, remoção dos artigos duplicados, recuperação de texto completo, qualquer acréscimo de terceira pesquisa, dados de extração e apresentação dos resultados (Peters et al., 2020).

2.5 Extração de dados

Os dados serão extraídos com recurso a uma tabela desenvolvida pelos investigadores, onde constarão as seguintes informações: título, autores, ano de publicação, metodologia, objetivos, população estudada, contexto, os principais resultados identificados e os critérios de inclusão/ exclusão, presente na tabela 3.

Uma vez que o objetivo desta scoping review é mapear a evidência científica sobre a intervenção do EEER na sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência, não será efetuada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Tabela 3 – Instrumento de extração de dados

Extração de Dados- Estudo 1	
Título	
Autores	
Ano	
Metodologia	
Objetivos	
População	
Contexto	
Principais resultados	
Critérios de inclusão	

2.6 Apresentação e análise dos resultados

Os resultados da scoping review serão apresentados de forma esquemática, numa tabela (tabela 4), e a análise em narrativa, enfatizando as intervenções do EEER na sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência e serão identificadas as lacunas, para promoção de futuras pesquisas sobre o tema.

Tabela 4 – Apresentação dos resultados

Estudo	Autor/ Ano	Título	Objetivo	População	Principais Resultados
1					
2					
3					

3. Resultados

Com esta scoping review espera-se mapear intervenções de enfermagem que contribuam para a diminuição da sobrecarga do familiar cuidador de idoso com demência, em contexto domiciliar. O desenvolvimento da scoping review trará benefícios para a prática do EEER ao identificar um conjunto de intervenções descritas na literatura voltadas para a promoção do bem-estar social, saúde física e mental do familiar cuidador de idoso com demência.

Conclusão

É fundamental que o EEER promova um ambiente de bem-estar social, de saúde física e mental do familiar cuidador do idoso com demência, em contexto domiciliar. Nesse sentido, torna-se essencial a realização de uma scoping review que mapeie a informação existente relativamente a esta situação, de forma que se possa perceber quais são as intervenções de enfermagem facilitadoras deste processo de transição.



Conflito de Interesses

A scoping review em questão não apresenta conflitos de interesse.

Agradecimentos e Financiamento

Não existe financiamento para a realização desta scoping review.

Referências bibliográficas

- Amendoeira, J., Silva, M., Ferreira, R. & Dias, H. (2022). Revisão Sistemática de Literatura – A Scoping Review. Instituto Politécnico de Santarém. https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf
- Amorim, R., Nunes, M. & Silvestre, A. (2020). O efeito dos centros de dia na progressão da demência e na sobrecarga do cuidador: um estudo retrospectivo. *Cadernos De Saúde*, 12(2), 52-63. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.9083>
- Baptista, B. O., Beuter, M., Girardon-Perlini, N. M. O., Brondani, C. M., Budó M. L. D. & Santos, N. O. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(1), 147-156. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100020>
- Dias, B. M. & Melo, D. M. (2020). Avaliação Neuropsicológica e Demências em Idosos: uma Revisão da Literatura. *Cadernos de Psicologia*, 2(3), 64-84. <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/viewFile/2624/1726>
- Eliopoulos, C. (2011). *Enfermagem Gerontológica* (7ª ed.). Artmed.
- Ferré-Grau, C., Rodero-Sánchez, V., Cid-Buera, D., Vives-Relats, C. & Aparicio-Casals, M. R. (2011). Guia de Cuidados de Enfermeria: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Publidisa, S.A. <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/832/Guia%20de%20Cuidados%20de%20Enfermeria%CC%81a.%20Cuidar%20al%20Cuidador%20en%20Atencio%CC%81n%20Primaria.pdf>
- França, D., Peixoto, M.J. & Araújo, F. (2020). Intervenções eficazes na prevenção ou redução da sobrecarga do familiar cuidador: revisão sistemática da literatura. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1), 69-81. <http://hdl.handle.net/10400.26/31337>
- Lagarto, L., Rafaela, D. & Cerejeira, J. (2014). Demências e perturbações neurocognitivas. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Eds.), *Psiquiatria Fundamental* (pp. 385-405). Lidel.
- McKhann, G.M., Knopmanc, D. S., Chertkowd, H., Hymanf, B. T., Jack Jr., C. R., Kawash, C. H, Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manlym, J. J., Mayeuxm, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M.N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S. & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 7(3), 263-269. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>
- Parmera, J. & Nitrini, R. (2015). Demências: da investigação ao diagnóstico. *Revista Médica (São Paulo)*, 94(3), 179-184. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p179-184>.
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris e Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406-451). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Rangel, R., Santos, L., Santana, E., Marinho, M., Chaves, R. & Reis, L. (2019). Avaliação da sobrecarga do cuidador familiar de idosos com dependência funcional. *Revista de Atenção à Saúde*, 17 (60), 11-18. <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n60.5564>
- Salvador, P., Alves, K., Costa, T., Lopes, R., Oliveira, L. & Rodrigues, C. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Revista de Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Saúde*, 6, 01-08. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28 (2), 182-188. <https://doi.org/10.20344/amp.6025>.



Martins, M., Marinho, D. ., Cunha, D. J., & Rocha, I. (2023).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na sobrecarga do familiar cuidador do idoso com demência: Protocolo Scoping Review.

Servir, 2(6), e31284. <https://doi.org/10.48492/servir0206.31284>

69

Silva, M., Sá, L. & Sousa, L. (2018). Eficácia dos programas psicoeducacionais na sobrecarga nos familiares cuidadores de pessoas com demência: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 54-60. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0202>

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P. & Lleixà-Fortuño, M. (2017). Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 45-50. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0166>

Sousa, C., Mota, M., Machado, A., Sousa, E., Araújo Filho, F., Sousa, M. & Moura, I. (2020a). Sobrecarga de cuidadores familiares de Idosos: frequência e correlação com a Dependência do idoso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 32(3), 26-32. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201106_104018.pdf

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C. & Sampaio, F. (2020b). Familiar Cuidador. In C. Serqueira & F. Sampaio (eds). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (pp. 162-167). Lidel

Sucharew H. & Macaluso, M. (2019). Methods for Research Evidence Synthesis: The Scoping Review Approach. *Journal of Hospital Medicine*, 14(7), 416-418. <https://doi.org/10.12788/jhm.3248>

WHO (2019). Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>.

WHO (2023). Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

r all. Executive summary. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860>

PERFIL DA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ATENDIDO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL

PROFILE OF THE VICTIM OF TRAUMATIC BRAIN INJURY ATTENDED IN AN EMERGENCY DEPARTMENT IN THE NORTHERN REGION OF PORTUGAL

PERFIL DE LA VÍCTIMA DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE LA REGIÓN NORTE DE PORTUGAL

Sílvia Raposo¹
Carlos Magalhães²

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, Unidade Hospitalar de Bragança, Bragança, Portugal
(silvia.ruaporaposo@hotmail.com) | <https://orcid.org/0009-0002-5144-5301>

²Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal (cmagalhaes@ipb.pt)
<https://orcid.org/0000-0003-0170-8062>

Corresponding Author

Sílvia Cristina Ruano Raposo
Rua Padre António Vieira, Bloco 1, habitação 5
5300-224 Bragança, Portugal
silvia.ruaporaposo@hotmail.com

RECEIVED: 29th May, 2023
ACCEPTED: 17th July, 2023
PUBLISHED: 15th August, 2023

Servir, 2(6), e31335

DOI:10.48492/servir0206.31335

2023



RESUMO

Introdução: Um traumatismo cranioencefálico (TCE) ocorre como consequência de uma força mecânica direta ou indireta aplicada na cabeça. É considerado um dos principais problemas de saúde pública de âmbito mundial, encontrando-se entre os tipos de trauma mais frequentes num serviço de urgência (SU).

Objetivo: Caracterizar o perfil da pessoa vítima de TCE atendida num SU de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal.

Métodos: Estudo de abordagem quantitativa, observacional e descritivo, respeitante a uma amostra de 153 vítimas de TCE admitidas no SU de uma ULS, entre 5 de abril a 5 de julho de 2022.

Resultados: Amostra maioritariamente do sexo masculino (56.9%), com uma média de idade de 63.5 anos, predominantemente na faixa etária ≥ 85 anos (29.4%). O fator de risco predominante foi a idade ≥ 65 anos, a principal etiologia do traumatismo foram as quedas da própria altura (56.3%), com gravidade classificada como ligeira (98.6%). Como principal sintomatologia destaca-se a perda de consciência (22.3%). A Tomografia Computorizada cerebral foi o exame de diagnóstico mais requisitado (84.9%) e as principais lesões associadas foram as lesões da pele e couro cabeludo (42.5%). A taxa de prevalência de TCE no período observado foi de 1.68%.

Conclusão: O perfil encontrado sugere a importância da adoção de medidas preventivas das principais etiologias do TCE. Releva ainda o papel do enfermeiro no atendimento complexo e diferenciado na prevenção de complicações.

Palavras-chave: lesões encefálicas traumáticas; serviço hospitalar de emergência; enfermeiros; prevenção

ABSTRACT

Introduction: Traumatic Brain Injury (TBI) occurs as a result of direct or indirect mechanical force applied to the head. It is considered one of the major public health problems worldwide, being among the most frequent types of traumas seen in emergency services.

Objective: The main objective of this study is to characterize the profile of the victim of Traumatic Brain Injury (TBI) admitted to the Emergency Department of a Local Health Unit in the northern region of Portugal.

Methods: Study with a quantitative, observational, and descriptive approach, regarding a sample of 153 victims of TBI admitted to the Emergency Department of a Local Health Unit, between April 5 and July 5, 2022.

Results: The results show a sample predominantly male (56.9%), with an average age of 63.5 years mainly in the age group of 85 years or older (29.4%) The predominant risk factor was age ≥ 65 years, and the main etiology was falls from standing height (56.3%), with a predominance of mild TBI (98.6%). Symptomatology was mainly related to loss of consciousness (22.3%). Brain Computed Tomography was the most requested diagnostic test (84.9%), and the main associated injuries were skin and scalp lesions (42.5%). The incidence rate of Traumatic Brain Injury (TBI) during the observed period was 1.68%.

Conclusion: The identified profile suggests the importance of adopting preventive measures for the main causes of Traumatic Brain Injury (TBI). It also highlights the role of nurses in providing complex and specialized care to prevent complications.

Keywords: brain injuries; traumatic; emergency service, hospital; nurses; prevention

RESUMEN

Introducción: Un traumatismo craneoencefálico (TCE) ocurre como resultado de una fuerza mecánica directa o indirecta aplicada a la cabeza. Se considera uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, encontrándose entre los tipos de traumatismos más frecuentes en los servicios de urgencias.

Objetivo: Caracterizar el perfil de la víctima de TCE atendida en un servicio de urgencias (SU) de una Unidad Local de Salud de la región norte de Portugal.

Métodos: Estudio con enfoque cuantitativo, observacional y descriptivo, referente a una muestra de 153 víctimas ingresadas en urgencias de una ULS, entre el 5 de abril y el 5 de julio de 2022.

Resultados: La muestra fue mayoritariamente masculina (56.9%), con una edad media de 63.5 años, predominando en el grupo de edad > 85 años (29.4%). El factor de riesgo predominante fue la edad ≥ 65 años, la principal etiología del trauma fueron las caídas de altura (56.3%), con gravedad clasificada como leve (98,6%). Como principal sintomatología destaca la pérdida de conciencia (22.3%). La tomografía computarizada cerebral fue la prueba diagnóstica más solicitada (84.9%) y las principales lesiones asociadas fueron las de piel y cuero cabelludo (42.5%). La tasa de incidencia de TCE en el período observado fue de 1.68%.

Conclusión: El perfil encontrado sugiere la importancia de adoptar medidas preventivas para las principales etiologías del TCE. También destaca el papel de los enfermeros en el cuidado complejo y diferenciado en la prevención de complicaciones.

Palabras Clave: lesiones traumáticas del encéfalo; servicio de urgencia en hospital; enfermeiros; prevención

Introdução

Traumatismo cranioencefálico (TCE) é um insulto provocado ao cérebro por uma força mecânica externa, não sendo degenerativo nem congénito e que pode comprometer temporária ou permanentemente as funções cognitivas, físicas e psicossociais, com diminuição ou alteração do estado de consciência (Dawodu, 2021).

O TCE é considerado uma epidemia mundial silenciosa e constitui um problema de saúde pública (Moscote-Salazar & Navas- Marrugo, 2018).

De acordo com o American College of Surgeons (ACS, 2018), está entre os principais e mais comuns tipos de trauma nos serviços de Urgência.

O enfermeiro, como membro fundamental de uma equipa multidisciplinar, carece de uma atualização constante bem como desenvolvimento de competências, numa abordagem holística do doente neurocrítico (Coimbra, 2021).

Assim, diante do exposto e a fim de discutir sobre esta temática, questionamo-nos: Qual o perfil da pessoa vítima de traumatismo cranioencefálico atendido num serviço de urgência (SU) de uma unidade local de saúde (ULS) da região norte de Portugal?

Considerando a relevância da temática abordada, bem como a necessidade de uma assistência de enfermagem complexa e diferenciada que este tipo de doentes exige, o presente trabalho tem por objetivo geral: Caracterizar o perfil da pessoa vítima de traumatismo cranioencefálico atendido num SU de uma ULS da região norte de Portugal.

Definiram-se como objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra;
- Caracterizar a amostra em função da presença de fatores de risco;
- Identificar na amostra as principais etiologias do traumatismo cranioencefálico;
- Determinar na amostra a gravidade do TCE, pela avaliação do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow);
- Identificar a principal sintomatologia na pessoa vítima de TCE;
- Identificar na amostra os principais exames complementares de diagnóstico realizados na admissão;
- Identificar as principais lesões cranioencefálicas na pessoa vítima de TCE;
- Avaliar a prevalência de TCE na população atendida no SU no período de recolha de dados definido.

1. Enquadramento Teórico

O TCE é considerado uma epidemia mundial silenciosa, constituindo um problema de saúde pública, dado gerar uma importante morbimortalidade e incapacidade a curto e longo prazo, o que acarreta significativos custos para o sistema de saúde (Moscote-Salazar & Navas- Marrugo, 2018).

Estima-se que a incidência anual de TCE é cerca de 500/100.000 nos EUA e na Europa. As estimativas de incidência para hospitalizações após TCE, por país, variam de 100 a 330 novos casos por 100.000 habitantes por ano (Center Traumatic Brain Injury [CTBI], 2023).

Para os autores supramencionados, o TCE caracteriza-se por ter uma grande heterogeneidade em termos de etiologia, mecanismos de lesão, patologia, gravidade e tratamento, com resultados bastante variáveis. As quedas e os acidentes de trânsito a alta velocidade podem causar diferentes tipos de lesões. Este, pode provocar danos difusos ou hematomas e a sua gravidade clínica varia de queixas mínimas, sem dano estrutural visível, a praticamente insuportável.

No estudo Brazinova et al. (2021) objetivado em verificar os padrões de TCE na Europa, verificou-se que o mecanismo de lesão mais comum parece estar a mudar, de acidentes de viação para quedas. Verificou-se também que em todos os estudos incluídos, o sexo masculino foi o mais afetado.



Segundo Santos e Agrela (2019), os números mais atuais disponíveis de Portugal estão alinhados com a realidade Europeia, evidenciando que a taxa de incidência de TCE diminuiu para valores na ordem dos 62- 65/100 000 /ano no período 2011–2014, e que nesse mesmo período, as taxas de mortalidade mostram também um drástico declínio para valores de 9 - 10/100 000 /ano.

Determinar a ocorrência do número de TCE é ainda uma tarefa difícil. Saliente-se que os dados atualmente disponíveis sofrem influência do viés do subdiagnóstico. Muitas informações sobre o TCE não são confiáveis uma vez que muitos países não possuem dados precisos a respeito dos pacientes provenientes dos setores público e privado (Magalhães, 2020)

Segundo Coimbra (2021), um dos mecanismos mais comuns do trauma é provocado pela absorção de energia cinética pelo corpo. A transmissão de energia segue as leis da física, e neste caso, quando se conhece o mecanismo de lesão, pode suspeitar-se das lesões que a vítima apresenta. A fisiopatologia das lesões pode então dividir-se em lesão cerebral primária e secundária.

A lesão cerebral primária dá-se no exato momento do trauma e refere-se à lesão que ocorre devido ao impacto inicial. Incluem-se na lesão cerebral primária as contusões cerebrais, as hemorragias e o dano de nervos e vasos encefálicos (Stein & Ramirez, 2021).

A lesão secundária é a resposta fisiológica do organismo ao dano primário (Moscote-Salazar & Navas-Marrugo, 2018). Refere-se, portanto, à lesão adicional de estruturas que originalmente não tinham sido prejudicadas no trauma inicial (Stein & Ramirez, 2021).

Esse tipo de lesão pode sofrer influência do tratamento dado à pessoa vítima de TCE (Magalhães, 2020). Desta forma, o principal foco da lesão cerebral traumática, tanto a nível pré-hospitalar como hospitalar, é identificar e limitar esses mecanismos secundários de lesão. Compreendendo o tipo de lesão secundária mais provável de ocorrer como resultado do traumatismo primário, permitirá aos enfermeiros estarem preparados, intervindo na prevenção ou correção de tais complicações (Stein & Ramirez, 2021).

A pontuação da Escala de Coma de Glasgow (GCS) é usada como uma medida clínica objetiva da gravidade da lesão cerebral (ACS, 2018). Desta forma, os TCE podem classificar-se em ligeiros (13-15 pontos), moderados (9-12 pontos), ou graves (3-8 pontos) (Coimbra, 2021).

No que se refere à abordagem à pessoa vítima de TCE, Coimbra (2021) salienta que uma rápida avaliação inicial, assim como um tratamento adequado e diferenciado na sua abordagem é decisivo para uma maior probabilidade de sobrevivência (Coimbra, 2021).

Na avaliação primária da pessoa em situação crítica o enfermeiro deve recorrer a abordagem ABCDE (A- Via aérea; B- Ventilação; C- Circulação; D- Disfunção neurológica; E- Exposição), fulcral para a sistematização dos cuidados iniciais ao doente crítico (Coimbra, 2021).

Segundo Coimbra (2021), esta avaliação primária, revela informação ao enfermeiro que é usada para avaliar a resposta da pessoa vítima de TCE ao evento de trauma e desta forma delimitar os diagnósticos de enfermagem. Cada um destes diagnósticos, deriva de um raciocínio que determina as prioridades de intervenção.

A avaliação secundária é iniciada quando a pessoa vítima de TCE se encontra estabilizada, após a avaliação primária. Esta, consiste numa reavaliação completa do paciente e realização de exames complementares de diagnóstico que sejam necessários (Moscote Salazar & Navas-Marrugo, 2018). Com esta avaliação, pretende-se identificar e tratar lesões em todos os segmentos, recolher informação, executar procedimentos necessários, assistir a família e planear o transporte para a unidade de saúde mais adequada (Coimbra, 2021).



Raposo, S., & Magalhães, C. (2023).

Perfil do doente com Traumatismo Cranioencefálico atendido num Serviço de Urgência da região norte de Portugal.

Servir, 2(6), e31335. <https://doi.org/10.48492/servir0206.31335>

Para o mesmo autor, os enfermeiros têm um papel fundamental no despiste e prevenção de complicações, garantindo uma evolução favorável e segura, uma vez que estas vítimas requerem vigilância e monitorização contínuas do estado de consciência e dos sinais vitais, por forma a detetar precocemente sinais de edema cerebral ou hipertensão intracraniana (HIC).

A assistência à pessoa vítima de TCE está descrita em guidelines de várias associações e instituições de diferentes países. Estas devem ser ajustadas à realidade de cada país e instituição (Morgado, 2022).

Também em Portugal, em 1999, surgiu o Protocolo Nacional de TCE (PNT), revisto e atualizado em 2018, com o objetivo de sistematizar o diagnóstico, a orientação e a intervenção nas primeiras 24 horas; promover a redução da morbidade e mortalidade, melhorando a primeira abordagem da vítima e diminuindo a lesão secundária; atualizar e uniformizar os protocolos de avaliação clínica, estudo imagiológico e tratamento inicial; e promover a formação e melhor organização dos cuidados na abordagem do traumatizado (DGS, 2018).

O risco de agravamento da lesão pode ser reduzido com uma abordagem imediata e eficaz por parte de um enfermeiro devidamente qualificado, detentor de conhecimentos e habilidades no âmbito dos cuidados à pessoa vítima de TCE (Rocha et al., 2022).

2. Métodos

Atendendo à temática selecionada e aos objetivos definidos, foi desenvolvido um estudo observacional, descritivo, de abordagem quantitativa. Os dados foram recolhidos no período compreendido entre 5 de abril a 5 de julho de 2022.

2.1 Amostra

Amostra não probabilística por conveniência, constituída por 153 vítimas de TCE que recorreram ao SU de uma ULS da região norte de Portugal, durante o período de recolha de dados.

2.1.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas pessoas de todas as idades e de ambos os sexos, que tenham sofrido TCE, atendidas no SU de uma ULS da região norte de Portugal, em períodos coincidentes com o horário laboral do investigador, triadas através de qualquer fluxograma da triagem de Manchester.

2.1.2 Critérios de Exclusão

Reingressos de TCE associados ao mesmo evento.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O Instrumento de recolha de dados foi elaborado com base na revisão da literatura sobre o tema, bem como no Protocolo Nacional de TCE que surgiu em Portugal em 1999 e foi atualizado em 2018, por forma a dar resposta aos objetivos propostos. Este documento é estruturado em 9 componentes: caracterização demográfica, presença de fatores de risco, etiologia do TCE, sintomatologia apresentada após o TCE, gravidade do TCE (através da aplicação da Escala de coma de Glasgow), exames complementares de diagnóstico realizados, lesões cranioencefálicas resultantes do traumatismo, traumatismos associados e seguimento dado às vítimas.

Caracterização demográfica:

As variáveis integradas foram a “Idade”, “Sexo” e “Local de residência”

Presença de Fatores de risco:

Foram incluídos os seguintes: “Coagulopatias e/ou uso de terapêutica anticoagulante/antiagregante”, “alcoolismo”, “epilepsia”, “tratamento neurocirúrgico prévio”, “idosos (>65 anos)”, “mecanismo de ação violento do trauma”



Etiologia do TCE:

Foram incluídos os seguintes: “queda da própria altura”, “queda em altura”, “acidente de viação (automóvel, motociclo, bicicleta, atropelamento)”, “objeto contundente” e “agressão”

Sintomatologia apresentada após o TCE:

Suportados pelo protocolo nacional de TCE, foram incluídos os seguintes: “perda de consciência”, “convulsões”, “sinais neurológicos focais”, “cefaleias”, “vômitos”, “amnésia retrograda > 30 minutos”, “sinais de fratura de base do crânio”.

Gravidade do TCE:

Foram incluídos os seguintes: “TCE ligeiro/leve”, “TCE moderado”, “TCE grave”

Exames complementares de diagnóstico realizados:

Foram incluídos os seguintes: “Tomografia Computorizada cerebral”, “Radiografia ao crânio”, “outros”.

Lesões cranioencefálicas resultantes do traumatismo:

Baseado na bibliografia consultada, foram incluídas as seguintes variáveis: “sem alterações”, “lesão da pele/couro cabeludo”, “hematoma do couro cabeludo”, “fratura do crânio”, “contusão”, “hematoma epidural”, “hematoma subdural”, “hematoma intracerebral”, “hemorragia subaracnoideia”, “hemorragia intraventricular” e “sem dados”

Traumatismos associados:

Foram incluídas as seguintes variáveis: “face”, “tórax”, “abdómen”, “membros”, “ráquis”

Seguimento dado às vítimas:

Foram incluídos os seguintes: “alta <24 horas”, “vigilância 24 horas com alta”, “internamento >24 horas (com aumento de lesão e sem aumento de lesão)”, “internamento em serviço de medicina intensiva”, “alta contra parecer médico”, “transferência intra-hospitalar” e “morte”

2.3 Procedimentos

Para cumprimento dos procedimentos éticos, que estão subjacentes à realização dos estudos de investigação, este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição onde foi realizado, e pelo respetivo Conselho de Administração (Parecer nº 53/2022), no dia 2 de março de 2022. Foi assegurada confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato de todos os participantes, não dispendo de elementos de identificação pessoal.

Procedeu-se a análise descritiva das variáveis recorrendo a quadros de distribuição de frequências (no caso das variáveis nominais) e ao exame de algumas medidas tais como a média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana (no caso das variáveis de natureza quantitativa). Toda a análise estatística foi realizada com o IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS) Statistics 24.0 (Chicago, IL).

3. Resultados

Na Tabela 1, faz-se uma caracterização demográfica da amostra de 153 vítimas de TCE, onde incluímos o sexo, a idade e o local de proveniência das vítimas.

No que diz respeito à idade da pessoa vítima de TCE, a média situa-se nos 63.50 anos (DP 28.79), com predomínio do sexo masculino (56.86% dos casos).

Estratificando-se as faixas etárias, verificou-se uma maior prevalência de TCE no grupo com idade igual ou superior a 85 anos, totalizando 29.41% dos casos, seguindo-se a faixa etária de 75 a 84 anos, com 19.61% dos casos. Verificou-se que a faixa etária dos 65 aos 74 anos, acometeu 12.42% dos casos, a faixa etária dos 51 aos 64 anos apresentou 9.80% dos casos,

a faixa etária dos 36 aos 50 anos com 9.15% dos casos, dos 19 aos 35 anos, com 6.54% dos casos e a faixa etária dos 0 aos 18 anos acometeu 13.07% dos casos.

Quanto ao local de residência, 55.56% das vítimas reside em ambiente rural.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo, o local de residência e a faixa etária

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	87	56.86
Feminino	66	43.14
Residência		
Rural	85	55.56
Urbana	68	44.44
Faixa etária		
Até 18 anos	20	13.07
19 a 35 anos	10	6.54
36 a 50 anos	14	9.15
51 a 64 anos	15	9.80
65 s 74 anos	19	12.42
75 a 84 anos	30	19.61
Maior ou igual a 85 anos	45	29.41
Total	153	100.00

Idade: Média 63.50 anos (DP 28.79); Mínimo: 1; Máximo: 104

Nota. DP= Desvio Padrão

Ao analisar a distribuição da etiologia do TCE das vítimas que recorreram ao SU, como se pode verificar na Tabela 2, percebeu-se um predomínio, com 86 casos (56.21%) por queda da própria altura, seguida da queda em altura, com 28 casos (18.30%). Verificam-se também acidentes de viação em 15.69% dos casos, principalmente de automóvel e bicicleta.

Em sentido contrário, os acidentes de viação por motociclo e os atropelamentos são as razões etiológicas menos frequentes, com 3.27% e 2.61% dos casos, respetivamente.

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com a Etiologia do TCE

Etiologia do TCE	n	%
Queda da própria altura	86	56.21
Queda em altura	28	18.30
Acidente de viação	24	15.69
- Automóvel	(9)	(5.88)
- Motociclo	(5)	(3.27)
- Bicicleta	(6)	(3.92)
- Atropelamento	(4)	(2.61)
Objeto contundente	9	5.88
Agressão	6	3.92
Total	153	100.00

Verificou-se que o fator de risco predominante foi a idade superior a 65 anos (58.82%), seguindo-se os portadores de coagulopatias e/ou terapêutica anticoagulante/ antiagregante, com 18.95% dos casos e também o mecanismo de ação violento do traumatismo, com 13.73% dos casos (Tabela 3).



No que concerne à principal sintomatologia resultante do TCE, destaca-se a perda de consciência, com 22.22% dos casos, cefaleias, com 20.26 % dos casos e os vômitos, com 16.34% dos casos, como se verifica na Tabela 3.

Relativamente à Gravidade do TCE, não se registou uma grande variabilidade na Escala de Coma de Glasgow, com uma média de 14.70 e um desvio padrão baixo de 0.5. Verificou-se que 98.69% foram TCE leves/ligeiros (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com a presença de fatores de risco, sintomatologia apresentada após o TCE e sua Gravidade

Fatores de risco	n	%
Coagulopatias e/ou terap. hipocoag./antiag.	29	18.95
Alcoolismo	9	5.88
Epilepsia	6	3.92
Tratamento Neuroc. Prévio	1	0.65
Idoso (>65)	90	58.82
Mecan. de ação violento	21	13.73
Total*		n = 156
Sintomatologia	n	%
Perda de consciência	34	22.22
Convulsões	2	1.31
Sinais neurológicos focais	9	5.88
Cefaleias	31	20.26
Vômitos	25	16.34
Amnésia retrograda >30 min	4	2.61
Sinais de fratura base crânio	1	0.65
Total*		n = 106
Gravidade do TCE	n	%
Ligeiro/Leve (GCS: 13-15)	151	98.69
Moderado (GCS: 9-12)	1	0.65
Grave (GCS: < 8)	1	0.65
Total	153	100.00
GCS: Média 14.70 (DP 0.5); Mínimo: 7; Máximo: 15		

Nota. DP= Desvio Padrão; * Utentes podem integrar mais de um fator de risco/sintomatologia

Quanto aos exames de diagnóstico prescritos, verificou-se que a Tomografia Computorizada (TC) cerebral foi o exame complementar de diagnóstico dominante, com 84.31% dos casos. Em apenas 1.96% das observações se fez o RX (Tabela 4).

Relativamente aos traumatismos associados, observou-se que os traumatismos nos membros (31.37%), na face (22.88%) e no tórax (13.73%), foram os traumatismos mais frequentes (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo os Exames complementares de diagnóstico requisitados e traumatismos associados ao episódio de TCE

Exames de Diagnóstico	n	%
TC cerebral	129	84.31
RX crânio	3	1.96
Total*	132	
Traumatismos associados	n	%
Face	35	22.88
Tórax	21	13.73
Abdómen	7	4.58
Membros	48	31.37
Ráquis	2	1.31
Total*	113	

Nota. * Utentes podem integrar mais de um exame de diagnóstico/traumatismo associados

No que se refere às lesões provocadas pelo TCE, verificou-se que as lesões na pele/couro cabeludo foram as mais frequentes nos TCE observados (42.48%). Hematomas do couro cabeludo (17.65%) e hematoma subdural (9.15%) foram lesões que se registaram com alguma frequência. Mencione-se também que em 39.87% dos casos não se registou qualquer alteração subsequente ao TCE (Tabela 5).

Quanto ao seguimento das vítimas de TCE, houve predomínio da alta hospitalar após observação (antes de completar 24 horas de vigilância), com 72.55% dos casos, seguido da alta após vigilância de 24 horas e sem aumento de lesão (12.42%). Constatou-se ainda que 13 vítimas de TCE ficaram internadas por período superior a 24 horas, sendo que 3 delas tiveram aumento da lesão, conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo as Lesões Cranioencefálicas que resultaram do TCE e encaminhamento dado às vítimas

Lesões Cranioencefálicas	n	%
Sem alterações	61	39.87
Lesão da pele/Couro cabeludo	65	42.48
Hematoma do couro cabeludo	27	17.65
Fratura do Crânio	4	2.61
Contusão	1	0.65
Hematoma Epidural	1	0.65
Hematoma Subdural	14	9.15
Hematoma Intracerebral	1	0.65
Hemorragia Subaracnoideia	8	5.23
Hemorragia Intraventricular	1	0.65
Sem dados	1	0.65
Total*	n = 184	
Encaminhamento dado às vítimas	n	%
Alta <24h	111	72.55
Vig. 24h, Sem aumento de lesão + Alta	19	12.42
Internamento em Enfermaria (ou SU) >24h	13	8.50
- Com aumento da lesão	(3)	(1.96)
- Sem aumento da lesão	(10)	(6.54)
Internamento em SMI	1	0.65
Alta contra parecer	6	3.92
Transferência Intra-hospitalar	2	1.31
Morte	1	0.65
Total	153	100

Nota. * Utentes podem integrar mais de uma lesão



Durante o período de recolha de dados, verificou-se que o número total de doentes atendidos no respetivo SU de uma ULS da região norte de Portugal foi de 11862. Destes, e como referido anteriormente, 199 correspondem a pessoas vítimas de TCE (população). Após aplicação dos critérios de exclusão, foi conseguida uma amostra de 153 pessoas com TCE.

Desta forma, calculou-se a taxa de prevalência de TCE no período estudado, que foi de 1.68%. Calculou-se também a taxa de prevalência de TCE observados neste período, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão definidos, sendo a mesma de 1.29 %.

4. Discussão

No presente estudo houve um predomínio de TCE no sexo masculino (56.86%), sendo a média de idades da amostra de 63.50 anos (DP 28.7). Estes resultados vão ao encontro de outros estudos epidemiológicos portugueses. O estudo de Dias, Rocha, Pereira, & Cerejo (2014), obteve uma predominância do sexo masculino, com 64.1% dos casos, com idade média de 57.9 anos. Segundo Santos e Agrela (2019), em 2014, 58% das admissões hospitalares por TCE em Portugal, foram homens.

O predomínio do sexo masculino foi também verificado em estudos internacionais consultados. Yuguero et al. (2018), num estudo realizado em Espanha, obteve uma predominância do sexo masculino (50.2%), com uma média de idades de 80.8 anos. Constâncio et al. (2018), no estado da Bahia (Brasil), obteve uma amostra masculinizada (81.9%), Santos et al. (2019), no Maranhão (Brasil), uma amostra constituída 92.2% por homens; Melo et al. (2019), em Parnaíba (Brasil), obteve uma amostra 80.3% masculina; Dias et al. (2021), no Estado do Sergipe (Brasil), com 87.5% homens e Miñaca (2020), no Equador com uma amostra 64% masculina.

Na revisão bibliográfica de Machado (2020), objetivada em descrever a epidemiologia associada aos TCE em países com Sistema Nacional de Saúde (SNS), verificou que independentemente da gravidade do TCE, da idade e do país, o sexo mais afetado é o sexo masculino. Também na revisão bibliográfica efetuada por Brazinova et al. (2021), com o objetivo de revisar os padrões de TCE na Europa, foi relatada uma proporção de homens sempre maior que a de mulheres, independentemente da idade, gravidade e mecanismo da lesão.

Relativamente à Média de idades, neste estudo, observou-se semelhança com estudos Nacionais, no entanto, verificou-se discordância em estudos efetuados internacionalmente, nomeadamente no Brasil, onde a média de idades se apresenta bastante inferior.

Os mais acometidos ao TCE pertencem ao grupo de indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos, totalizando 29.41% dos casos, seguido pelo grupo de indivíduos pertencentes à faixa etária de 75 a 84 anos, com 19.61% dos casos. A faixa etária dos 65 aos 74 anos totalizou 12.42% de TCE. O presente estudo corrobora a bibliografia descrita no país, com predomínio de TCE na população mais idosa (Dias et al., 2014; Martins, 2010; Santos & Agrela, 2019). Por outro lado, observa-se uma divergência com alguns estudos internacionais, onde as faixas etárias mais acometidas se encontram nos 18-19 anos (39.1%) (Dias et al., 2021) nos 14-30 anos (52.3%) (Miñaca, 2020; Santos et al., 2019) e 31 a 50 anos (38.4%) (Silva, Padula & Waters, 2021).

Tendo em conta que a população portuguesa tem vindo a envelhecer e salientando o facto deste estudo ter sido efetuado num SU de uma ULS da região norte de Portugal, onde se verifica uma inversão da pirâmide demográfica, com uma população maioritariamente envelhecida, dado que o índice de envelhecimento da região norte de Portugal é de 184,1% (Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS], 2023), o que pode ter contribuído para os resultados encontrados.

No que se refere ao local de residência, verificou-se que grande parte das vítimas (55.56%), reside em ambiente rural, assim como no estudo de Miñaca (2020), efetuado no Equador, com 83% da amostra residente em zona rural.

Relativamente à etiologia do traumatismo, neste estudo percebeu-se um predomínio das quedas, totalizando 114 casos (74.50%), sendo que 86 casos (56.21%) foram por queda da própria altura e 28 casos (18.30%) foram por queda em altura. Verificaram-se também acidentes de viação como terceira causa, em 15.69% dos casos, principalmente de automóvel e bicicleta. Resultados que se assemelham aos encontrados por Machado (2010) num SU de um Hospital da zona Norte de Portugal, com 73.6% referentes a quedas e 16.1% referentes a acidentes de viação. Também no estudo de Dias et al. (2014), em Portugal, as quedas foram a causa mais frequente de TCE. Silva et al. (2021), em São Paulo (Brasil), obtiveram como principal etiologia de TCE as quedas (57.5%). Analogamente à realidade Europeia, descrita por Brazinova et al. (2021), a proporção de TCE causados por colisões de trânsito tem sido menor nos últimos anos e, inversamente, há um aumento na proporção de casos atribuídos a quedas.

Resultados distintos, foram encontrados nos estudos de Constâncio et al. (2018), no Estado da Bahia e Filho et al. (2019), no Estado do Ceará onde obtiveram como causas mais incidentes os acidentes de viação (46.9% e 54.9%, respetivamente) seguido das quedas da própria altura (14.6% e 19.2%, respetivamente). Melo et al. (2019), em Parnaíba e Santos et al. (2019), no Maranhão, evidenciaram como principal etiologia, os acidentes de viação (82.1% e 58.1%, respetivamente), seguido das agressões (7.7% e 14.5%, respetivamente).

No que concerne aos fatores de risco, no presente estudo, verificou-se que o fator predominante foi a idade superior a 65 anos (58.82%), seguindo-se os portadores de coagulopatias e/ou utilizadores de terapêutica anticoagulante/antiagregante com 18.95% dos casos e o mecanismo de ação violento do traumatismo, com 13.73% dos casos. Também no estudo de Martins (2010), efetuado num SU de um hospital da região norte de Portugal, observou que o principal fator de risco foi a idade igual ou superior a 65 anos (50.9%) e 5% das vítimas faziam uso de terapêutica anticoagulante/antiagregante.

No presente estudo, a grande maioria das vítimas, foram classificadas como tendo TCE ligeiro, assim como em todos os estudos revistos. Neste estudo a percentagem de TCE ligeiros foi de 98.69%, com uma média de 14.70 pontos na GCS. Também no estudo de Martins (2010) num SU do Norte de Portugal, se observou que a maioria das vítimas apresentou TCE ligeiro, independentemente do sexo. Da mesma forma, a predominância do TCE ligeiro foi encontrada nos estudos de Constâncio et al. (2018), Melo et al. (2019), Miñaca (2020), Silva et al. (2021),

No que diz respeito à principal sintomatologia associada ao TCE, os sintomas mais recorrentes foram a perda de consciência, com 22.22% dos casos, cefaleias, com 20.26% e vômitos, com 16.34% dos casos. À semelhança dos resultados do estudo de Filho et al. (2019), no Ceará, onde os principais sintomas encontrados foram a diminuição do estado de consciência (30.6%) seguido de cefaleias (13.5%) e vômitos (18.9%). No estudo de Melo et al. (2019), a sintomatologia mais incidente foi a cefaleia (35.9%), náuseas e vômitos (13.7%).

Relativamente aos exames complementares de diagnóstico pedidos, em 84.31% das vítimas foi requisitado TC cerebral e em apenas 1.96% foi efetuado RX crânio. Importa salientar que algumas das vítimas tiveram alta sem realizar qualquer exame de imagem. Resultados estes que se assemelham aos obtidos por Martins (2010) num SU do Norte de Portugal, onde foi realizado TC em 77.3% das vítimas de TCE, 7.5% realizaram RX e 16.3% não realizaram qualquer exame.

No que se refere às lesões provocadas pelo TCE, verificou-se que as lesões na pele/couro cabeludo foram as mais frequentes (42.48%), seguidas por hematomas do couro cabeludo (17.65%) e hematoma subdural (9.15%). Em 39.87% dos casos não se registou qualquer alteração subsequente ao TCE. Dados que diferem dos encontrados no estudo de Santos et al. (2019), no qual os achados tomográficos mais incidentes foram a contusão cerebral, fratura de crânio e hematoma subdural. Melo et al. (2019), no Parnaíba verificou que 70,9% das vítimas ou não tinham lesões encefálicas associadas, ou não havia relato da TC dos mesmos. No estudo de Constâncio et al. (2018), as lesões mais encontradas foram lesões no couro cabeludo e contusões.

Importa ressaltar que existem lesões que não são identificadas pela TC e desta forma podem não ter sido identificadas.



Quanto aos traumatismos associados, observou-se que os traumatismos nos membros (31.37%), na face (22.88%) e no tórax (13.73%) foram os mais frequentes. Dias et al. (2021), no estado do Sergipe encontrou como principais lesões associadas, os traumatismos da face (45.8%), seguidas de lesões dos membros (46.9%) e tórax (22.4%). No estudo de Miñaca (2020), no Equador, 57.1% da amostra teve traumas faciais associados.

Verificou-se que 72.55% da amostra teve alta hospitalar após observação, sem necessidade de vigilância hospitalar durante as primeiras 24 horas. 12.42% permaneceu em vigilância durante 24 horas, tendo alta hospitalar após esse período.

Evoluíram para internamento hospitalar com duração superior a 24 horas, 8.50% dos casos, dos quais 1.96% tiveram aumento da lesão, relatada na TC de controle.

3.92% das vítimas recusaram vigilância e/ou tratamento, pelo que tiveram alta contra parecer médico. 0.65% evoluiu para óbito.

Em todos os estudos consultados, tal como no presente estudo, houve predomínio da alta hospitalar como desfecho final. No entanto, saliente-se que o método de colheita de dados foi distinto. Os estudos revisados fazem referência à média de dias de internamento e posterior desfecho final, enquanto neste estudo interessou investigar o seguimento dado à pessoa vítima de TCE após a sua observação no SU.

De uma forma geral, os resultados obtidos neste estudo, vão ao encontro da literatura Nacional e Europeia. Apesar de em Portugal os estudos sobre TCE serem escassos, dada a dificuldade na colheita de informação e visto que os critérios de recolha de dados diferem de estudo para estudo, o que pode mostrar resultados incongruentes.

O atendimento de enfermagem à pessoa vítima de TCE é de primordial importância, devendo ser impulsionada desde a avaliação primária no pré-hospitalar, até ao acolhimento e/ou internamento hospitalar, abrangendo a importância da cinética do trauma, da investigação de lesões e possíveis complicações, bem como no uso de protocolos de atendimento preconizados (Werlang et al., 2017).

Os cuidados de enfermagem tornam-se indispensáveis face ao perfil da pessoa vítima de TCE, havendo necessidade de aptidão na realização da anamnese, do exame físico, assim como na intervenção através do tratamento imediato, visando prevenir ou minimizar complicações. Estes cuidados baseiam-se em evidências e focam-se em estabelecer uma via aérea segura, garantir uma adequada oxigenação e ventilação, manutenção da circulação e equilíbrio dos fluídos, controlo metabólico, avaliação da GCS e tamanho da reatividade pupilar, manutenção do fluxo venoso cerebral, administração de dor, agitação e irritabilidade, assim como agilização para a realização de exames complementares de diagnóstico (Damklian et al. 2014).

A segurança na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica é determinante pois a implementação de medidas e processos que visem a mitigação de eventos adversos trazem ganhos em saúde para a pessoa e família.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior segurança na prestação de cuidados à pessoa vítima de TCE, sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de prevenção da lesão secundária e cultivar o reconhecimento precoce de possíveis complicações associadas, bem como para a necessidade de uniformizar os cuidados às vítimas de TCE.

Conclusão

Através do presente estudo foi possível identificar as principais características da pessoa vítima de TCE atendida num SU de uma ULS da região norte de Portugal.

Os resultados possibilitaram identificar, na população estudada, que o TCE predomina entre os indivíduos do sexo masculino (56.86%), com uma média de idade de 63.50 anos (DP 28.7), predominantemente na faixa etária igual ou superior a 85 anos de idade (29.41%). O fator e risco predominante foi a idade superior ou igual a 65 anos, a principal etiologia do traumatismo foram as quedas da própria altura (56.21%), com gravidade classificada como ligeira (98.69%). Como principal sintomatologia destaca-se a perda de consciência (22.22%), o exame de diagnóstico mais requisitado foi o TC cerebral (84.31%) e as principais lesões associadas foram as lesões da pele e couro cabeludo (42.48%). Grande parte das vítimas teve alta hospitalar antes das 24 horas. A taxa de prevalência no período observado foi de 1.68%.

Tendo em consideração que a atuação do enfermeiro especialista na intervenção antecipada e prevenção de complicações na Pessoa em situação Crítica é fundamental, focamos a nossa atenção em conhecer melhor o perfil da vítima de TCE atendida num SU de uma ULS da região norte de Portugal. Tendo em atenção que se trata de uma unidade de atendimento nível 2 (segundo o PNT), ou seja, uma Urgência Médico-Cirúrgica com TC, sem a valência de Neurocirurgia, é importante obter um atendimento inicial, realizado por enfermeiros devidamente qualificados e capazes, com avançados conhecimentos em prol do doente neurocrítico e desta forma poder agir na antecipação da instabilidade. A qualidade do atendimento prestado à pessoa vítima de TCE exige um aperfeiçoamento constante, o que está diretamente relacionado aos resultados, intervindo de forma positiva na prevenção de complicações e num melhor prognóstico destas vítimas.

No contexto da pessoa vítima de TCE, e pelo perfil identificado, é importante que sejam implementadas medidas mais eficientes na prevenção do TCE, principalmente na pessoa idosa, ao atuar na educação para a prevenção de quedas, na identificação e sinalização de doentes de risco e no esclarecimento e orientação das vítimas e seus familiares e cuidadores, alertando-os para a possibilidade de sinais e sintomas tardios, que podem surgir vários dias após o trauma inicial.

Torna-se importante sensibilizar a população em geral e idosa em particular, bem como a criação de medidas mais eficientes nas várias instituições e serviços de saúde, através de estratégias de redução de fatores de risco potencialmente modificáveis, intervenções que atenuem a força de impacto bem como intensificar recomendações de comportamentos seguros.

Por se tratar de um estudo restrito às vítimas de TCE admitidas num único serviço, e devido ao contexto espaço-temporal limitado, não permite a generalização dos resultados desta população, no entanto, os seus resultados podem gerar informações importantes sobre o perfil da pessoa vítima de TCE que recorre ao referido serviço, possibilitando a realização de posteriores estudos analíticos, que procurem relacionar variáveis. Poderá também ser útil, na medida em que, através do perfil destas vítimas, podem ser traçados planos de prevenção e sensibilização do TCE nessa região.

Dada a escassez de estudos deste âmbito no nosso país, parte da evidência consultada foi referente à população com diferentes características sociais, económicas e culturais. Este facto leva a que alguns dados não possam ser comparados com a realidade portuguesa.

Espera-se que este trabalho possa ajudar na implementação de futuras estratégias de promoção de saúde, assim como incitar a novas investigações nesta área tão importante, atendendo à carência de estudos sobre esta temática.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.



Referências bibliográficas

- American College of Surgeons. (2018). ATLS Advanced Trauma Life Support (Tenth Edition).
- Brazinova, A., Rehorcikova, V., Taylor, M. S., Buckova, V., Majdan, M., Psota, M., Peeters, W., Feigin, V., Theadom, A., Holkovic, L., & Synnot, A. (2021). Epidemiology of Traumatic Brain Injury in Europe: A Living Systematic Review. *Journal of Neurotrauma*, 38(10), 1411–1440. <https://doi.org/10.1089/neu.2015.4126>
- Center Traumatic Brain Injury (2023). Center- TBI: Fundo. <https://www.center-tbi.eu/project/background>
- Coimbra, N. (2021). Trauma Cranioencefálico. In N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 287–297). Lidel.
- Constâncio, J. F., Nery, A. A., Mota, E. C. H., Santos, C. A., Cardozo, M. C., & Constâncio, T. O. de S. (2018). Perfil Clínico-Epidemiológico de Indivíduos com Histórico de Traumatismo Cranioencefálico. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.28235>
- Damkliang, J., Considine, J., Kent, B., Street, M. (2014) Initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury: development of an evidence-based care bundle for the Thai emergency department context. *Australas Emerg Nurs J*, 17(4), 152-160. [https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267\(14\)00058-5/fulltext](https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267(14)00058-5/fulltext)
- Dawodu, S. T. (2021). Traumatic Brain Injury (TBI)- Definition, Epidemiology, Pathophysiology: Overview, Epidemiology, Primary Injury. <https://emedicine.medscape.com/article/326510-overview#a1>
- Dias, C., Rocha, J., Pereira, E., & Cerejo, A. (2014). Traumatic Brain Injury in Portugal: Trends in Hospital Admissions from 2000 to 2010. *Acta Médica Portuguesa*, 27(3), 349-356. <https://doi.org/10.20344/amp.4892>
- Dias, E. S., Jesus, C. V. F., Ferrari, Y. A. C., Ferreira, E. C., Silva, R. N., Matos, A. C. G., Silva, D. P., Domingues, C. A., Nogueira, L. S., & Lima, S. O. (2021). Avaliação do trauma cranioencefálico em um hospital de urgência e emergência do Estado de Sergipe. *Research, Society and Development*, 10(1), 1–13. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11625>
- Direção Geral de Saúde. (2018). Protocolo Nacional Traumatismos Crânioencefálicos. DGS. <https://pt.scribd.com/document/485373499/Protocolo-Nacional-TCE-2018-VERSA%C5%BDO-FINAL-REVISTA-251018>
- Filho, R. F. S., Gonçalves, K. G., Araújo, J. A. M., Matos, T. A., Silva, H. K. S., & Menezes, R. S. P. (2019). Perfil clínico-epidemiológico dos traumatismos cranioencefálicos atendidos em um hospital de referência do interior do estado do Ceará. *Nursing*, 22(253), 2909-2913. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i253p2909-2913>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos. PORDATA. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>
- Machado, A. S. (2020). *Epidemiologia e Abordagem dos Traumatismos Crânio-encefálicos em Países com Sistema Nacional de Saúde: Revisão Bibliográfica*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128135/2/410747.pdf>
- Magalhães, M. J. S. (2020). *Neurologia para o clínico geral e estudantes de medicina: Manejo clínico*. Independently Published.
- Martins, E. F. F. (2010). *Avaliar o Cumprimento do Protocolo Nacional de Traumatismo Crânio-Encefálico no Serviço de Urgência do Hospital de Santo António* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52783/2/Tese%20Mestrado%20%20Eduarda%20Martins%20texto%20corrido.pdf>
- Mascarenhas, L. (2020). On the Need to Promote the Primary Prevention of Head Injury. *Acta Médica Portuguesa*, 33 (3), 213–216. <https://doi.org/10.20344/amp.13241>
- Melo, R. P. R., Pinheiro, J. S., Medeiros, D. D., Melo, M. L., Viana, C. A. S. A., & Gouveia, S. S. V. (2019). Perfil Epidemiológico do Traumatismo Cranioencefálico em Parnaíba—PI. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 25(3), pp.22-27. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190206_203031.pdf
- Miñaca, M. F. V. (2020). Prevalência de Trauma Craneoencefálico y sus características Clínico-epidemiológicas en Pacientes de la Emergencia Hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel. Agosto 2018- Agosto 2019 (Dissertação de Mestrado, Universidad Católica de Cuenca). <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8354/1/9BT2020-MTI022.pdf>
- Morgado, S. (2022). *Cuidar a pessoa em situação crítica vítima de traumatismo cranioencefálico* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/80968>
- Moscote-Salazar, L. R. & Navas-Marrugo, S. Z. (2018). El Paciente com Neurotrauma. In L. R. Moscote-Salazar, *Traumatismo*



Raposo, S., & Magalhães, C. (2023).

Perfil do doente com Traumatismo Cranioencefálico atendido num Serviço de Urgência da região norte de Portugal.

Servir, 2(6), e31335. <https://doi.org/10.48492/servir0206.31335>

Cranioencefálico: Enfoque básico en Urgencias (1ª ed., pp. 1-21). Imedpub

Rocha, G. M., Silva, A. H., & Silva, J. T. (2022). Cuidados de enfermagem ao paciente vítima de traumatismo crânio encefálico. *Research, Society and Development*, 11 (13). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35659>

Santos, M. E., & Agrela, N. (2019). Traumatic brain injury in Portugal: Progress in incidence and mortality. *Brain Injury*, 33(12), 1552–1555. <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1658227>

Santos, M. F., Silva, T. D. C. S., Carvalho, F. R., Barbosa, R. L., Santos, L. H., & Junior, E. M. M. (2019). TCE em UTI: Epidemiologia, tratamento e mortalidade no Maranhão, Brasil. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 23(1), 46-56. <https://www.revneuropsi.com.br/rbnp/article/view/310>

Silva, J. A. V., Padula, M. P. C., & Waters, C. (2021). Perfil epidemiológico, clínico e desfecho de pacientes com traumatismo cranioencefálico / Epidemiological, clinical profile and outcome of patients with traumatic brain injury. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 66, pp. 1-7. <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.017>

Stein, D., & Ramirez, C. (2021). Trauma da Cabeça. In T. Machado (9ª Ed), *PHTLS: Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado* (pp. 257–322).

Werlang, S. L., Badke, M. R., Federizzi, D. S., Freitag, V. L., Silva, G., & Vaz, M. (2017). Enfermagem na Assistência ao Traumatismo Cranioencefálico em um Hospital Universitário. *Journal of Health Sciences*, 19(3), 177. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2017v19n3p177-182>

Yuguero, O., Guzman, M., Castañ, T., Forné, C., Galindo, G., & Pujol, J. (2018). Characteristics and prognosis of patients admitted to a hospital emergency department for traumatic brain injury and with anticoagulant or antiplatelet treatment. *Neurocirugía*, 29 (5), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.neucie.2018.05.001>

UNIDADES TÉCNICAS | TECHNICAL UNITS | UNIDADES TÉCNICAS

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

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

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

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





2023

série • *serie* 2 | número • *number* 6
quadrimestral • *quarterly*

ACEPS

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde