



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



IX JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA
VII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

JULHO DE 2020

EBOOK

**IX JORNADAS NACIONAIS DE
ENFERMAGEM DA CATÓLICA**

**VII JORNADAS INTERNACIONAIS
DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA**

A ENFERMAGEM COMO PROTAGONISTA DO FUTURO

**Patrícia Pontífice Sousa
Cristina Marques-Vieira
Sérgio Deodato**

1ª edição



IX JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

VII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

ISBN: 978-989-54793-1-3

Comissão Organizadora:

Adalberto Teca
Alexandra Cardoso
Ana Mafalda Freitas
Ana Rita Vieira
Beatriz Maria
Beatriz Ribeiro
Carlota Neves
Carolina Pereira
Catarina Duran
Catarina Lopes
Catarina Marcos
Catarina Nilo Fonseca
Catarina Sousa
Cristina Marques - Vieira
Cristiana Arsénio
Cristiana Bernardo
Daniela Francisco
Francisca Horta e Costa
Gesiel Lima
Helena Silva
Inês Cerejeiro
Inês Ramada
Inês Silva
Isabel Almeida
Joana Silva
Leonor Libano Monteiro
Leonor Morais Sarmento
Liliana Santos
Madalena Rocha

Mafalda Ambrósio
Mafalda Ribeiro
Manuela Gomes
Margarida Fragoso
Margarida Lourenço
Margarida Perdigão
Margarida Pérez
Maria do Carmo Pires
Mariana Almeida
Mariana Henriques
Mariana Lafaia de Castro
Mariana Mascarenhas
Mariana Moreira
Maura Fernandes
Milana Dovzhenko
Mónica Chumbo
Mónica Silva
Patrícia Pontífice Sousa
Rita Brito
Rita Mateia
Ruben Bernardo
Sara Oriana
Sara Salvado
Sara Sofia Silva
Sofia Perdiz
Teresa Ribeiro Teles
Vera Pinto Basto
Vitória Gandra
Vivien Honolka
Yanna Crispiriano

Comissão Científica:

Prof. Doutora Patrícia Pontífice Sousa
Prof. Doutora Cristina Marques Vieira
Prof. Doutor Sérgio Deodato
Prof. Doutora Zaida Charepe
Prof. Doutora Sílvia Caldeira

Equipa Editorial:

Adalberto Teca
Ana Mafalda Freitas
Carlota Neves
Catarina Nilo Fonseca
Catarina Sousa
Francisca Horta e Costa
Mariana Lafaia de Castro

Gesiel Lima
Inês Ramada
Isabel Almeida
Joana Silva
Margarida Perdigão
Margarida Perez
Mariana Lafaia de Castro

Mariana Mascarenhas
Maura Fernandes
Mónica Chumbo
Rúben Bernardo
Sara Oriana
Vera Pinto Basto
Yanna Silva



ÍNDICE

01 Nota Introdutória

Mesa 1 Construir a Enfermagem

02 "A Enfermagem do Futuro: do Exercício do Trabalho à Produção da Profissão" | Prof^a Doutora Teresa Rebelo

09 "Enfermagem no Desporto: Que Futuro?" | Mestre Nuno Antunes

Mesa 2 - Desafios para a Saúde Pública

12 "Desafios à Saúde Pública: Promoção de Literacia em Saúde" | Prof^a Doutora Andreia Costa

13 "Gestão de uma Pandemia: Planeamento a Nível Institucional" | Prof^a Doutora Maria José Costa Dias

Mesa 3 - Cuidar em Fim de Vida

16 "Vida Humana" | Prof. Doutor Américo Pereira

21 "Harmonizar a Alimentação com a Pessoa em Fim de Vida: O Lugar do Desejo" | Mestre Patricia Vinheiras Alves

28 "Enfermagem em Cuidados Paliativos: da Teoria à Prática" | Mestre Leonor Teixeira Gil

ÍNDICE

Mesa 4- O Cuidado Global

33 "Os Desafios para a Enfermagem à Luz da Herança de Florence Nightingale" | Prof. Doutor Carlos Subtil

39 "Enfermagem na Guatemala: Uma Outra Realidade" | Enfermeiro Daniel Torres e Enfermeira Inês Manuel

Resumos dos Posters Científicos

42 "Um Olhar Sobre a Queda" – Protocolo de Prevenção de Queda em Pediatria

43 A administração de medicamentos na prática de enfermagem: uma perspectiva da segurança do paciente

45 A Enfermagem e a Cultura Empreendedora: Novos Campos de Cuidado

47 Aleitamento Materno – Avaliação de Resultados na UCSP Carnaxide

49 Necessidades Formativas dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem no Domínio da Catástrofe

51 Assistência a gestantes hipertensas transferida para um serviço de referência de alto risco

53 Atuação da Enfermagem no Cuidados aos Pacientes com Lesão por Pressão e suas Implicações na Qualidade da Assistência à Saúde

ÍNDICE

55. Construção do cuidado em saúde mental a partir das vivências de um estudante de enfermagem

56. Contributo do Enfermeiro para a Promoção da Parentalidade no Serviço de Neonatologia

58. Cuidados de Enfermagem no Adolescente com Tromboembolismo Venoso

61. Desafios para a enfermagem no futuro: procedimentos no pré-hospitalar na investigação criminal do homicídio

62. Eficácia da Terapia Assistida por Animais na Pessoa com Doença Mental: Revisão Sistemática da Literatura

64. A eficácia da musicoterapia como intervenção de enfermagem no desenvolvimento da criança com espectro de autismo: Revisão Sistemática da Literatura

66. Competências dos Enfermeiros no domínio da Saúde Familiar

68. Eficácia da Fitoterapia na redução dos sintomas de Depressão na Pessoa adulta e idosa: Revisão Sistemática da Literatura

ÍNDICE

- 70.** Teleconsultas de Enfermagem e o Impacto da Pandemia no seu Futuro
- 72.** Ações realizadas pelos enfermeiros gerentes para promover a participação da equipe e comunidade na tomada de decisão
- 74.** A Enfermagem como Protagonista nos Cuidados Nutricionais ao Doente Oncológico
- 76.** Paradigma da Visita – Impacto na Família da pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos
- 78.** A aromaterapia como intervenção de enfermagem na pessoa com ansiedade: uma revisão sistemática da literatura
- 81.** A Vulnerabilidade da Pessoa em Situação Crítica em Emergência - Revisão Integrativa da Literatura
- 84.** Necessidades de Educação para a saúde na adolescência – a scoping review
- 85.** O empreendedorismo como ferramenta de empoderamento da enfermagem contemporânea
- 87.** O conhecimento dos profissionais de saúde sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico

ÍNDICE

- 88.** O Processo de Ensino-Aprendizagem no Método ABP em Tempos de Pandemia: Uma Análise sob a Ótica de Acadêmicas de Enfermagem
- 89.** O uso da ferramenta Webex Meetings no ensino da Enfermagem em tempos de COVID-19: um Relato de Experiência
- 91.** O WhatsApp como ferramenta de comunicação no trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família
- 93.** Práticas e Reflexões de Metodologias no Ensino de Enfermagem no Domínio da Catástrofe
- 94.** Práticas Integrativas e Complementares no Contexto da Enfermagem: uma Revisão Integrativa
- 98.** Produção científica brasileira sobre ferramentas digitais no ensino de Enfermagem
- 100.** Promoção de Cuidados Não Traumáticos na Vacinação em Crianças de 5 Anos
- 102.** Quando o Futuro passa por uma Sexualidade Saudável através de Intervenções de Enfermagem
- 104.** Sistêmica Familiar e a Enfermagem de Família - Um Compromisso para o Futuro

ÍNDICE

- 106.** Stress dos estudantes de Enfermagem em contexto de Ensino Clínico: Identificação dos fatores determinantes
- 108.** Terapia de pressão negativa com instilação no tratamento de feridas complexas resultantes de cirurgia abdominal
- 110.** Vantagens e desvantagens das tecnologias educacionais digitais no ensino de enfermagem – perspetiva dos professores.

NOTA INTRODUTÓRIA

Prof. Doutor Sérgio Deodato

Construir um livro, para uma comunidade científica, é muito mais do que dar à estampa mais uma obra literária; é dar à luz uma obra que se coloca ao serviço do conhecimento. No caso, esta obra, nascida da comunidade finalista do Curso de Licenciatura de Enfermagem da Católica de Lisboa em 2020, é uma obra que cumpre este desiderato de diversos modos. É uma obra que nasce do trabalho de preparação de umas jornadas científicas com que estes estudantes culminam o seu percurso universitário graduado. Por ser uma obra organizada por estudantes, só se revela porque os professores a ajudaram a Construir; no caso, as senhoras Professoras Doutoradas Patrícia Pontífice de Sousa e Cristina Marques-Vieira.

É uma obra coletiva, onde participam os diversos autores que deram o seu contributo na análise de cada tema durante a realização das jornadas. São ilustres personalidades da Enfermagem e de outras áreas científicas, que nos brindaram com o seu conhecimento, colocando-o ao serviço de todos quantos participaram no evento e que nos fizeram o favor de permitir a publicação dos seus textos.

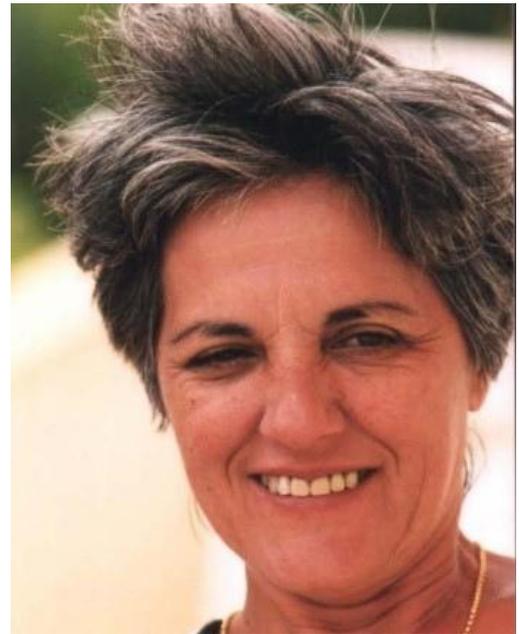
A todos, estudantes e professores que organizaram este e-book, e prestigiados autores, agradeço, em nome da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica. O nosso sentido Bem Haja!

Aos leitores, desejo que este nosso livro vos ajude no desenvolvimento do enriquecimento científico de Enfermagem, na interligação com outros campos do saber, numa confluência disciplinar que visa uma adequada decisão de cuidado.



PROF.^a DOUTORA TERESA REBELO

A Enfermagem do Futuro: do Exercício do Trabalho à Produção da Profissão



Caros colegas

Participantes destas jornadas, muito bom dia a todos.

Antes do mais, quero agradecer o convite que me foi feito para conversar sobre o que nos liga a todos – a enfermagem, a profissão que escolhemos e que parece fazer sentido no projeto de vida de cada um de nós. Foi esta a razão que me levou a aceitar tal desafio.

Felicito todos os que deram o seu tempo, o seu melhor, para que este encontro pudesse acontecer em tempos tão incertos.

Cumprimento os meus parceiros de mesa.

Uma saudação especial para os colegas que em breve vão iniciar o seu percurso profissional. Vão ser os fazedores, os criadores da enfermagem do futuro.

Ao serem organizadas pelos finalistas, estas jornadas configuram a fronteira que medeia tempos e modos de ser no mundo. Constituem-se como um presente já habitado pelo futuro que se deseja. O vosso futuro, sem dúvida, mas também nosso, da sociedade e comunidades, de todos os que esperam da enfermagem contributo para a sua saúde.

Uma saúde que não pode ser reduzida a uma ausência de doença, mas Saúde entendida como a dimensão primordial da existência.

Todos sabemos que o desenvolvimento da enfermagem portuguesa tem sido intenso e significativo.

Sublinho apenas dois factos incontornáveis e com consequências que todos nós conhecemos. Refiro-me à criação da Ordem dos Enfermeiros e ao ensino de enfermagem enquadrado no ensino superior, nos três ciclos que o constituem – licenciatura, mestrados e doutoramentos, na última década do século passado. Uma nota breve – tanto a integração do ensino de enfermagem no ensino superior, como o projeto da criação da Ordem levaram cerca de 30 anos. Começaram a ser enunciados na década de 50!

A enfermagem, hoje, é considerada como uma prática social indispensável à saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades.

No tempo que me é dado, vou tentar enunciar três tópicos que poderão contribuir para a discussão e reflexão do que me parece ser fundamental no futuro próximo. Refiro-me à **centralidade das práticas clínicas como o trabalho que recria e (re)situa a enfermagem como profissão científica no espaço público da saúde.**

Em meu entender, é, neste lugar, nas práticas clínicas, que se joga o poder e o saber próprio que caracteriza o ADN da enfermagem; que define a enfermagem como uma profissão distinta de outras, da área da saúde; uma profissão autónoma, uma profissão com responsabilidade social.

O primeiro ponto pretende clarificar a noção de prática (1 - As práticas são socialmente definidas e localmente situadas – não dependem da boa vontade de quem as exerce.)

Seguidamente vou abordar, 2 – A centralidade das práticas clínicas na reconfiguração da Enfermagem como profissão. E por último a questão da produção do conhecimento e o exercício da autonomia nos contextos de ação prática (3 - Da produção de saberes ao exercício da autonomia nos contextos da ação prática – o poder dos enfermeiros clínicos na produção da própria profissão.)

1 - As práticas são socialmente definidas e localmente situadas – não dependem da boa vontade de quem as exerce, é uma afirmação facilmente aceite, nomeadamente pelos enfermeiros que nos quotidianos de trabalho se vêm confrontados com obstáculos de todo o tipo que muito interferem no pensar e fazer enfermagem.

A saúde é um território onde coexistem diversos grupos tanto do ponto de vista disciplinar como profissional. É um território onde se cruzam diferentes olhares e sentidos que orientam a ação concreta, nomeadamente na resposta aos utilizadores dos cuidados

A prática é uma noção associada à concretização de um trabalho. Um trabalho que espera atingir um fim que indica a concretização da mudança ou transformação que se quer operar. O objetivo ou intenção é projetado antes e no decorrer da ação. E, Nesta perspetiva, a prática, mais do que fazer coisas, é agir, isto é, na ação está inscrito o sentido, a intenção de quem a realiza.

As práticas dizem respeito às condutas profissionais reais e reportam-se aos indivíduos e aos grupos que as exercem.

As práticas clínicas de enfermagem definem o conjunto de atividades que as enfermeiras e enfermeiros[1] desenvolvem nas unidades de saúde e que se traduzem no processo de cuidados de enfermagem. Nas práticas são mobilizados os saberes específicos necessários para projetar a transformação necessária, possível e desejada no e com o sujeito alvo de cuidados. O planeamento das ações é indissociável desta relação entre quem presta e quem recebe cuidados.

PROF.^a DOUTORA TERESA REBELO

A Enfermagem do Futuro: do Exercício do Trabalho à Produção da Profissão

O horizonte da finalidade do cuidado a perseverar decorre da leitura ou interpretação da situação de saúde do sujeito de cuidados.

As enfermeiras sabem que o que pretendem alcançar com o sujeito/alvo de cuidados só é possível se tiverem em consideração as condições reais em que o trabalho se processa, para além do seu próprio capital de saber e competências inerentes à situação. E ter em conta o contexto de trabalho significa ainda que as práticas terão de ser entendidas e aceites. A linguagem em que se traduzem tem de ser significativa tanto para os sujeitos de cuidados como para os outros atores ou profissionais.

Compreende-se, então, que o sentido da ação, o objetivo ou intenção, se inscreve numa comunidade de língua, de referências, de crenças, de valores partilhados e experienciados subjetivamente, em função dos universos simbólicos dos diferentes protagonistas.

As práticas não são separáveis de quem as exerce como o não são dos contextos reais onde são produzidas, quer pelas condições materiais dos espaços de trabalho quer pela posição que os atores - os profissionais de saúde - ocupam nesses espaços.

Assim, as práticas clínicas de enfermagem não resultam da boa vontade dos que a exercem mas decorrem da intersecção de vários contextos: **o contexto do sujeito** com o seu percurso biográfico,

PROF.^a DOUTORA TERESA REBELO

A Enfermagem do Futuro: do Exercício do Trabalho à Produção da Profissão

em interação com o meio sociocultural, onde incluímos a formação, num processo contínuo de produção de si como pessoa singular, com um sistema de disposições que lhe possibilita a interpretação das situações, e a deliberação de uma ação sensatamente pensada; **o contexto da profissão** com modelos profissionais próprios decorrentes da enfermagem como disciplina e uma organização reguladora da atividade profissional. Importa sublinhar que é a formação em enfermagem que viabiliza a apropriação de um código, de uma linguagem, de uma cultura específica, comum a todos os seus membros. É condição necessária para aceder ao trabalho profissional que a Ordem certifica. Contudo, é o exercício de trabalho pela mobilização tácita de modelos considerados adequados e pertinentes que legitima e reconstrói o contexto da profissão. As organizações de saúde – o contexto da ação – estruturam-se em função de políticas, princípios institucionais, regulamentos e normas mais ou menos burocratizados, sujeitas a orientações socioeconómicas que o sistema social veicula, sendo concretizadas nos modelos organizacionais. Tais modelos traduzem-se em modos de organização, distribuição e produção do trabalho que os profissionais assumem. A organização espera dos seus trabalhadores adesão, compreensão e resolução dos problemas de saúde, em vista à prossecução dos projetos e missão que as definem..

As práticas configuram-se e produzem-se na dinâmica do cruzamento de contextos - dos sujeitos, das profissões e dos contextos organizacionais, situados num dado sistema social.

E é nesta intrincada e tensa trama relacional que se mobilizam saberes e se jogam poderes em função do estatuto de cada um dos sujeitos profissionais que realizam as várias práticas.

Nesta perspetiva, o tecido sociorelacional constitui-se ora como obstáculo ou risco ora como oportunidades, conforme os atores saibam ou não mobilizar, estrategicamente, os seus recursos. Deste modo, a ação profissional situada, pode ser decisiva ou marginal, visível ou invisível, com valor ou desvalorizada, autónoma ou subordinada, revelando-se o exercício de trabalho como uma dimensão determinante na qualificação da profissão. A prática clínica de enfermagem é um sistema complexo de interações percebidas, reinterpretadas, deliberadas e atuadas pelos enfermeiros nos espaços em que exercem.

Assim, os enfermeiros, nos contextos de ação prática, ao produzirem o seu próprio trabalho - a prestação de cuidados de enfermagem - produzem, socialmente, a profissão de enfermagem.

2 - A centralidade das práticas clínicas na reconfiguração da Enfermagem como profissão.

Já vimos que a visibilidade da enfermagem enquanto profissão passa pela configuração das suas práticas clínicas como elemento crucial na elucidação do contributo substantivo da enfermagem, do cuidado de enfermagem, na resolução dos problemas de saúde. É por esta via que o sistema social, os cidadãos, os parceiros da área da saúde a legitimam como tal. Já dissemos que a profissão começa pelo acesso à formação em enfermagem onde se adquire o conhecimento, técnicas e modos de fazer específicos, bem como um conjunto de normas, valores deontológicos e éticos que norteiam o exercício da profissão. Sem formação não há profissão. Mas a responsabilidade social advém do exercício profissional.

O trabalho produzido pelos enfermeiros encerra o modo de pensar e conceber os cuidados de enfermagem.

. Traduz-se em projetos singulares que decorrem da leitura, deliberação ou juízo profissional da situação de saúde do sujeito a quem se destinam e do contexto onde se processa. Embora sejam projetos individuais e singulares não deixam de se radicar nos modelos “usados” pelo grupo de profissionais que, coletivamente, produzem os cuidados de saúde. E é nesta configuração que as práticas clínicas representam o significado, o lugar que caracteriza verdadeiramente a profissão de enfermagem.

A questão que se coloca é se, **nas lógicas que sustentam e dão sentido ao processo de cuidados de enfermagem**, ao nível das práticas clínicas, a autonomia, o poder e o saber intrínsecos à profissão **são uma realidade presente e visível**.

É pertinente perguntarmo-nos qual o valor e que reconhecimento tem, **o saber “enfermagem”**? O saber mobilizado e recriado em cada dia, nas intervenções de enfermagem que o próprio processo de resolução de situações problemáticas produz. Como se articula esse olhar face ao saber que nos autonomiza, com o estatuto e a imagem pública dos enfermeiros?

As práticas clínicas não podem ser desvalorizadas no horizonte da profissão. Nem por nós, nem pela sociedade, e muito menos pelos nossos parceiros, sobretudo por aqueles que cuidamos e que são, ao fim e ao cabo, a nossa razão de ser.

O trabalho de enfermagem é um trabalho complexo não apenas pelas tecnologias e instrumentos que fazem parte do processo quotidiano das terapêuticas de enfermagem. As funções do enfermeiro não se resumem ao fazer tarefas decorrentes da prescrição de outros, sem análise ou propósito; sabemos que o nosso espaço de intervenção é o da experiência humana perante a falta ou deficiente saúde e a dificuldade de lhe fazer face, a fragilidade e a incerteza face à doença, ao sofrimento e mesmo ao tratamento; é o da experiência da solidão e do medo que o viver a finitude engendra.

O trabalho de enfermagem é complexo pelo trabalho de relação e de presença que requer, de estar com, de compreensão e compaixão, sobretudo nos momentos críticos da existência humana. Mesmo perante uma pessoa na situação em que “nada mais há a fazer” pelos outros profissionais, as práticas de cuidados de enfermagem persistem na sua intenção de oferecer o(s) cuidado(s) que a vida humana pede.

PROF.^a DOUTORA TERESA REBELO

A Enfermagem do Futuro: do Exercício do Trabalho à Produção da Profissão

Pode ser capacitar promovendo a aprendizagem necessária para que a pessoa possa viver com dignidade a doença ou deficiência que a afronta; pode ser acompanhar, dar atenção e suporte, ou confortar, serenar no morrer. Importa interrogarmo-nos se as pessoas, famílias, grupos, comunidades sentem que podem contar com e confiar nos enfermeiros para viver com saúde ao longo do seu ciclo de vida, nomeadamente em momentos críticos, em que surgem dificuldades no auto cuidado.

Há uma ideia generalizada e que é urgente combater. A ideia de que o cuidado de enfermagem é uma tarefa simples que não exige um saber aprofundado, que é coisa natural, sem ciência. As enfermeiras adquirem, desenvolvem e mobilizam o saber e arte de reconhecer o que importa à vida, em termos de saúde, aos projetos de vida que cada pessoa que cuida deseja cumprir enquanto ser no mundo. Para além de um conhecimento sólido e domínio dos instrumentos de trabalho, não pode dispensar a capacidade comunicacional, saber relacionar-se com a pessoa/família que cuida.

E ainda lhe compete ser gestor, ou melhor dizendo, mediador, o que tem de fazer a articulação com todos os profissionais para que os problemas da pessoa que assiste sejam resolvidos em devido tempo. Um poder que lhe advém da sua permanência ao longo das 24 horas, de se responsabilizar pelo estado de saúde de quem assiste. Saber gerir o tempo, saber escolher os tempos para a ação certa ocorrer no momento certo, para agir a tempo.

Todas as enfermeiras sabem que gastam e desgastam muitas energias com a negociação e mediação no seio da equipa multiprofissional. Talvez seja uma das tarefas que mais tempo consome aos enfermeiros mas também é a menos visível, diria mesmo que é ocultada. Em benefício de quem? Sobretudo sabem que é uma função vital para a convergência de esforços facilitadora de uma resposta adequada e atempada às necessidades da pessoa que advoga. É urgente o debate em torno do conteúdo, um debate coletivo, participado, comprometido que defina ou nomeie de que é feito o trabalho quotidiano do enfermeiro, aonde não existe, ou melhor, não conta o tempo de pensar o trabalho. Importa responder a algumas questões relativas à cultura que criamos, que recorta os nossos modos de estar, fazer e ser nos territórios da saúde. Que sentido tem, para nós, elucidar os problemas, em conceptualizar e sistematizar o pensamento que decorre da ação clínica e que espaços e tempos lhe reservamos nos contextos de trabalho? Como se processa a organização e distribuição de trabalho e em que lógicas se funda? E que poder têm os enfermeiros na sua definição? E o mesmo tipo de reflexão é necessária no que respeita à constituição das equipas e ao trabalho.

Em cada dia quantas pessoas pode um enfermeiro cuidar? Que situações deverão ser consideradas e com que critérios? O agir profissional dos enfermeiros têm de se enraizar num agir pensado coletivamente o que pede uma recomposição dos tempos de trabalho e novas formas de articulação dos projetos individuais com os projetos profissionais que o debate coletivo pode e deve reconfigurar.

A cada família seu enfermeiro" um slogan muito interessante por traduzir outra forma de organização de trabalho que possibilita o acompanhamento longo dos projetos de vida/saúde que cabe aos enfermeiros; uma promessa de redefinição da concepção e do sentido social do trabalho, em que haja maior proximidade e ligação com as famílias e as comunidades a que pertencem.

Mas temos sido capazes de criar as condições de trabalho, o terreno propício ao seu desenvolvimento? Torná-lo uma realidade para as famílias?

As mesmas interrogações são adequadas a outros projetos que os enfermeiros persistem em implantar no terreno desde sempre:

PROF.^a DOUTORA TERESA REBELO

A Enfermagem do Futuro: do Exercício do Trabalho à Produção da Profissão

rcuidados de saúde no domicílio, incluindo o cuidado à pessoa em fim de vida; a consulta de enfermagem, a consulta por telefone ou via digital... os desafios atuais da tele-saúde ; e outros como sejam a presença da pessoa significativa durante a hospitalização ou o poder da parceria nos cuidados, nas decisões e ações de que o seu corpo é alvo. É no terreno da ação coletiva, perpassada de significados subjetivos que se recorta o trabalho dos enfermeiros.

Desenvolver práticas de cuidados excelentes e de as tornar visíveis, assumir uma intenção de ajuda que faça a diferença no projeto de saúde das pessoas/famílias/comunidades e nas próprias organizações pressupõe, por parte da sociedade, outra compreensão do trabalho dos enfermeiros. E pressupõe, também, por parte dos enfermeiros, dar visibilidade ao lugar que o cuidado de enfermagem assume na saúde da sociedade..

Como nos posicionamos ou estamos representados, na arena de decisão em saúde? E os tempos de hoje, têm revelado abertura para um outro reconhecimento. Mas será que inclui o reconhecimento público da autonomia e do saber que é mobilizado no processo de cuidados de enfermagem?

3 – (D)a produção de saberes (a)o exercício da autonomia nos contextos da ação prática – o poder dos enfermeiros clínicos na produção da própria profissão.

A construção de uma profissão organiza-se em função de um corpo específico de conhecimentos científicos e e de técnicas que suporta a formação

dos seus membros.

A enfermagem na busca da sua especificidade e autonomia, sobretudo no início dos anos sessenta do século passado, fez com que os enfermeiros acadêmicos produzissem estudos, reflexões teóricas e conceptuais que pudessem fundamentar o trabalho dos enfermeiros como um exercício autônomo.

Numa lógica prescritiva, as práticas clínicas foram, à época, consideradas como campo de aplicação do novo conhecimento, um conhecimento produzido nas universidades. Bem longe do lugar das interrogações e problemas inerentes ao cuidado de enfermagem.

Por isso, a sua relevância, no contexto de ação prática é praticamente nula, ao contrário dos efeitos nefastos que, ainda hoje, se fazem sentir. Destaco a divisão falaciosa entre teoria e prática e os respetivos atores; o de recusar às práticas clínicas a possibilidade de produzir saberes que muito poderiam contribuir para delimitar o domínio da enfermagem e o seu campo de competência. O campo das praticas clinica e os que a exerciam foram despojados de poder e do saber que sustentavam as tomadas de decisão e a consequente ação.

Hoje é inquestionável o contributo das teorias e modelos de enfermagem no desenvolvimento da profissão, como é inquestionável serem mobilizados e (re)conceptualizados diversos saberes em função do projeto de cuidados e dos projetos profissionais. Ninguém duvida que a ação prática envolve conhecimento profissional. Todavia, o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem não pode dispensar a identificação dos saberes implicados na prestação de cuidados de enfermagem. São saberes inerentes à resolução das situações problemáticas com que se confrontam diariamente e que obrigam a decisões num terreno de grande complexidade e incerteza.

Este conhecimento que a ação mobiliza e a reflexão da própria ação produz é experiencial, é teórico, é prático, mas é a articulação entre estas dimensões que permite resolver as situações clínicas. É consensual a importância deste conhecimento profissional, mas também é consensual a dificuldade da sua conceptualização ou teorização.

Os contextos da prática clínica de enfermagem podem converter-se na condição de possibilidades de novas construções teóricas.

Como e em que condições?

Em meu entender, se a reflexão sobre as práticas se tornar uma realidade coletiva e partilhada entre pares. Se essa reflexão das práticas desocultar o pensamento gerado no diálogo com a situação e no decorrer da ação.

Se aceitarmos que esse pensamento é um valor feito de saberes, de saberes-fazer e de uma ética que, de modo articulado, são mobilizados na ação concreta..

E se for claro, para o coletivo que somos, que os problemas que podem definir a especificidade do saber de enfermagem são os que decorrem do objeto da sua própria definição. São os que ocorrem no âmbito do processo de cuidados de enfermagem, e se quisermos defini-los e construir esses problemas como objeto de investigação.

A investigação clínica no âmbito da enfermagem é urgente. Tem de ser desenvolvida em contexto e de modo articulado com as unidades ou centros de investigação, com os doutores em enfermagem, as universidades, de modo a garantir a solidez teórico-metodológica que qualquer projeto de pesquisa exige.

Não descuro a importância da investigação que tem sido desenvolvida – quer nos programas doutorais de enfermagem quer nos centros de investigação. Todavia, sublinho a importância de não cairmos na tentação de desenvolver estudos mais do desejo e do foro individual. A prática de investigação é uma prática de equipa e coletiva, isto é, deve representar a consciência coletiva dos problemas da enfermagem; é uma prática organizada que exige condições adequadas à sua exequibilidade. Incluindo divulgação pública dos resultados. Para que o conhecimento de enfermagem produzido seja credível, o escrutínio público é fundamental.

**PROF.^a DOUTORA TERESA
REBELO**

**A Enfermagem do Futuro: do
Exercício do Trabalho à Produção
da Profissão**

Só assim poderá haver uma reflexão crítica tanto no âmbito social como no interior da profissão – reflexão que, ao nomear os saberes, contribua para a mudança na dinâmica dos contextos das práticas clínicas e para a reconfiguração da profissão de enfermagem.

Considero que a valorização do saber que as práticas mobilizam contribuem definitivamente para o fim das dicotomias que tanto prejuízo têm causado ao desenvolvimento da enfermagem, nomeadamente entre o pensamento e a ação, a teoria e a prática, entre os que concebem e os que prestam cuidados, ou entre quem investiga e quem faz enfermagem.

A visibilidade da enfermagem enquanto profissão, nomeadamente ao nível das práticas, exige um esforço de compreensão das configurações dessas práticas.. Só deste modo é possível romper com as lógicas que a concebem e encerram numa racionalidade técnico-instrumental. E é esta ideologia que obsta a que enfermagem manifeste e assuma uma responsabilidade social, fazendo com que a profissão de enfermagem permaneça invisível para o sistema social.

No terreno coletivo da saúde são os enfermeiros que emergem como produtores da própria profissão, ao procurar realizar práticas clínicas baseadas na racionalidade científica que o conhecimento de enfermagem lhes confere.



PROF.ª DOUTORA TERESA REBELO

A Enfermagem do Futuro: do Exercício do Trabalho à Produção da Profissão

O maior desafio da enfermagem no futuro passa, sem dúvida, por aqui - por considerar a prática clínica e os enfermeiros que a exercem como produtores de saberes próprios e necessários não apenas à prática que é a prestação de cuidados de enfermagem, mas também à recomposição do seu domínio como área do conhecimento. Sobretudo, possibilita uma nova reconfiguração da profissão de enfermagem com a consequente utilidade e visibilidade social.

Grata pela vossa atenção
Teresa Rebelo
29 de Julho 2020.

MESTRE NUNO ANTUNES (SPORTING CLUBE DE PORTUGAL)

Enfermagem do Desporto: Que Futuro?



Enfermagem do Desporto: Que Futuro?

Vai ao encontro do tema central destas jornadas, A Enfermagem como Protagonista do Futuro, que pressupõe que já existe um presente e, conseqüentemente, um passado relacionado com esta área. Neste sentido, é objetivo abordar o passado e presente da enfermagem do desporto e tecer algumas considerações sobre qual a minha perspectiva dos desafios para esta área no futuro.

Enfermagem do Desporto: Passado e Presente

A Enfermagem do Desporto é normalmente um termo pouco comum, tanto para a população em geral, como para a profissão. Contudo, existem enfermeiros no contexto desportivo há muito tempo, tendo sido dos primeiros profissionais de saúde a estarem envolvidos neste contexto.

Um dos primeiros registos sobre os enfermeiros no contexto desportivo está relacionada com o I Curso de Enfermeiros Desportivos, que decorreu em 1967. Manuel Marques, por exemplo, foi enfermeiro no Sporting Clube Portugal e desempenhou funções entre 1936 e 1990, tendo prestado também serviço na Seleção Nacional a partir de 1942.

Têm existido ao longo dos tempos várias instituições desportivas a nível nacional onde os enfermeiros têm desempenhado funções,

maioritariamente associados ao futebol, mas também a outras modalidades, nomeadamente no que se refere às suas federações nacionais.

O desporto tem cada vez maior relevo na sociedade, o número de participantes tem vindo a aumentar transversalmente, levando a uma maior exigência e maior competitividade, componente esta fulcral na definição de desporto. Maior exigência leva a uma necessidade constante de superação dos atletas, o que pode levar ao aumento da vulnerabilidade e risco de lesão/doença, sendo este um dos motivos que evidencia a necessidade de uma vigilância de saúde mais presente e alargada. Este facto tem de ser interpretado como maior número de oportunidades para os enfermeiros na área do desporto.

A medicina desportiva presta-se a ser praticada por uma equipa cada vez mais multidisciplinar de profissionais com competências especializadas que fornecem os cuidados ideais ao atleta e melhoram o conhecimento e as competências uns dos outros. Profissionais que fornecem competências especializadas e que utilizam as competências dos restantes elementos da equipa de saúde, fornecem os melhores cuidados ao atleta, que é o objetivo comum de todos os profissionais de saúde da equipa.

Desta forma, é essencial compreender qual o papel do enfermeiro no desporto, uma vez que é frequente alguma confusão relativamente ao seu contributo quando este altera o seu contexto, nomeadamente num contexto menos explorado. Contudo, o enfermeiro deve reger-se pelos princípios da profissão, que estão bem definidos pela Ordem dos Enfermeiros, através de vários documentos. O REPE, por exemplo, descreve que o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social, objetivos estes que se adequam perfeitamente ao contexto desportivo.

O enfermeiro do desporto presta cuidados de enfermagem ao atleta de forma a que mantenha, melhore e recupere a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional.

Na prática, e recorrendo aos objetivos fundamentais acima referidos, na promoção de saúde e prevenção de doença, o enfermeiro do desporto pode ter várias intervenções como a avaliação inicial e contínua de saúde do atleta, a definição de risco de lesão/doença, a monitorização de parâmetros de bem-estar e rendimento, como por exemplo o sono, a fadiga e a dor associada ao exercício intenso (DOMS), bem como atuar em conformidade, nomeadamente através de estratégias de recuperação do esforço/fadiga.

A educação para a saúde é uma intervenção chave dentro deste objetivo e pode envolver vários temas como prevenção de doença, equipamentos de proteção, nutrição, antidopagem, entre outros, consoante as necessidades identificadas.

Enquadram-se no objetivo do tratamento, todo o cuidado a situações de urgência e emergência, como PCR, concussão cerebral, traumatologia, onde naturalmente o enfermeiro surge como um dos profissionais melhor preparado na assistência ao treino e à competição. O enfermeiro do desporto tem um papel importante também no cuidado ao atleta com patologia aguda e/ou crónica, assim como no apoio e gestão emocional dos atletas, uma vez que será dos profissionais mais próximos destes. Na área da reabilitação, a contribuição do enfermeiro estará mais dependente da sua formação, ainda que a colaboração com outros

MESTRE NUNO ANTUNES (SPORTING CLUBE DE PORTUGAL)

Enfermagem do Desporto: Que Futuro?

profissionais, nomeadamente fisioterapeutas, na reabilitação e maximização do rendimento dos atletas seja essencial.

O enfermeiro assume o papel de interlocutor privilegiado da equipa multidisciplinar estando no centro dos cuidados ao atleta. A comunicação entre os parceiros assume uma importância vital dentro da equipa multidisciplinar.

Que Futuro?

A necessidade e a pertinência do cuidado de enfermagem ao atleta existe, mas de alguma forma ainda não é clarividente. A minha perspetiva pessoal da evolução da enfermagem do desporto passa por várias estratégias, sendo que uma das mais importantes está relacionada com a definição das competências do enfermeiro do desporto. Um passo muito importante que está a ser dado atualmente neste sentido está relacionado com o processo de criação da competência acrescida em enfermagem do desporto. A competência acrescida vem dar resposta ao desafio da formalização, do reconhecimento das competências e da visibilidade dos saberes da enfermagem do desporto. Este processo irá traçar certamente o caminho futuro da enfermagem do desporto, uma vez que existem várias discussões importantes, desde logo o seu perfil de competências e critérios de atribuição,

bem como a inclusão ou não da atividade física nesta área do conhecimento e a definição da competência acrescida como diferenciada e/ou avançada.

Outro aspeto que poderá contribuir para o desenvolvimento da área será a sistematização e uniformização do registo dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no contexto desportivo. Existem alguns entraves que não têm ajudado nesta questão, nomeadamente lacunas em termos de sistemas de informação raramente disponíveis nas entidades desportivas, mas também por falta de reconhecimento da necessidade de registo por parte dos profissionais envolvidos no desporto.

As classificações de enfermagem, como a CIPE ou NANDA-I, NIC e NOC, podem vir a dar suporte às decisões dos principais diagnósticos, intervenções e resultados esperados em contexto desportivo.

A sistematização dos registos poderá contribuir para uma maior partilha de conhecimentos entre os profissionais da área, que podem surgir pelo meio de reuniões científicas. A criação e/ou desenvolvimento de associações de enfermeiros do desporto pode também ter um papel na promoção da partilha de conhecimentos e no desenvolvimento da enfermagem do desporto.

A partilha de conhecimentos está interligada com a investigação científica. A literatura atual é ainda muito reduzida, carecendo de estudos que possam levar a uma prática cada vez mais baseada na evidência e menos empírica.

A publicação de estudos em revistas/livros e apresentação de comunicações e posters em reuniões científicas aumentarão o corpo de conhecimentos da disciplina e, conseqüentemente, melhorarão os cuidados dos enfermeiros neste contexto, aspeto mais fundamental de todos.

A formação específica é outra estratégia que tem tido um impacto importante no desenvolvimento

MESTRE NUNO ANTUNES (SPORTING CLUBE DE PORTUGAL)

Enfermagem do Desporto: Que Futuro?

da enfermagem do desporto, tendo sido responsável pelo crescimento do número de enfermeiros nos últimos 10 anos.

O ensino pós graduado assume-se como uma estratégia que tem vindo a promover este desenvolvimento, onde as instituições de ensino superior e entidades privadas de formação têm desempenhado um papel de transmissão de conhecimentos e de preparação dos enfermeiros para a prática. A Ordem dos Enfermeiros tem acompanhado esta necessidade de formação específica tendo, por exemplo, acreditado a Pós-Graduação em Enfermagem do Desporto da Universidade Católica Portuguesa, e incluído o contexto desportivo na sua proposta de percurso formativo para o EEER.

Em suma, o enfermeiro do desporto deve estar presente em todos os momentos da prática desportiva, ao longo do ciclo vital, independentemente do nível competitivo amador ou profissional, algo que pode ser promovido através de alterações de regulamentos federativos/associativos das várias modalidades desportivas.

O enfermeiro assume-se como um elemento essencial nas instituições desportivas e, mais do que nunca, com a pandemia do COVID-19, deve intervir nos processos de retorno à atividade desportiva, através da implementação de planos de contingência e de várias medidas de prevenção de doença, um dos objetivos fundamentais da prática do enfermeiro.



PROF.^a DOUTORA ANDREIA COSTA

Desafios à Saúde Pública: Promoção da literacia em saúde



Na atualidade, o contexto pandémico centraliza as preocupações da sociedade científica e mediática, num cenário epidemiológico que confirma a relevância da intervenção da enfermagem. Em matéria de “Desafios à Saúde Pública” as doenças transmissíveis emergiram recuperando a necessária atenção das medidas de preparação e resposta dos planos de contingência institucionais e pessoais.

Neste enquadramento mantém-se a importância do tema inicialmente proposto alicerçado no necessário investimento no que à promoção da saúde diz respeito, com foco particular na prevenção das doenças crónicas não transmissíveis, pela abordagem da promoção da literacia em saúde ao fenómeno da multimorbilidade

As doenças crónicas não transmissíveis inscrevem a sua presença em grande parte da população europeia, com destaque para as doenças cerebrocardiovasculares, as doenças oncológicas, as doenças respiratórias e diabetes (OECD, 2015). Em Portugal, também o aumento da esperança média de vida refletiu o aumento do número de pessoas com multimorbilidade.

De acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), a prevalência de multimorbilidade registada na população portuguesa representa cerca de 38% (Romana et al, 2019). A análise dos principais fatores de risco das doenças crónicas não transmissíveis sugere um grande potencial na prevenção, designadamente nos hábitos alimentares inadequados, consumo de tabaco e inatividade física.

A promoção da literacia em saúde constitui um alicerce fundamental na promoção da saúde pela centralidade na pessoa com vista à capacitação para a tomada de decisão relativamente a comportamentos saudáveis no contexto da sua família e comunidade (Sorensen et al, 2012; Parnell, 2015). No ano Internacional do Enfermeiro importa refletir a enfermagem na promoção da literacia em saúde da população num contexto de forte presença de doenças crónicas não transmissíveis a par com outros desafios emergentes à Saúde Pública.

PROF.^a DOUTORA MARIA JOSÉ COSTA DIAS

Gestão de uma Pandemia: Planeamento a Nível Institucional Adaptação das Unidades Hospitalares para (co)responder a situações de pandemia: apresentação do caso “CHULC” na resposta ao Covid-19



O ano de 2020 trouxe consigo um grande desafio: um vírus que fez com que as escolas fechassem, que as pessoas fossem obrigadas a ficar em casa, que surgisse o teletrabalho, que aprendêssemos novas palavras, que empresas falissem, que presos fossem soltos, e que morressem até dia 12 de junho, 1500 portugueses, tudo devido à pandemia COVID-19, o vírus que mudou o rosto de Portugal e o mundo.

Os primeiros casos do novo coronavírus foram anunciados no fim do ano, na China, e bastaria apenas dois meses para Portugal anunciar os primeiros infetados. A 16 de março era anunciado a primeira morte devido à COVID-19 e cerca de 3 meses depois, são já 1500 as vítimas mortais.

A pandemia COVID-19 é uma doença respiratória aguda causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). A doença foi identificada pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, República Popular da China, em 1 de dezembro de 2019, mas o primeiro caso foi reportado em 31 de dezembro do mesmo ano.

Em 22 de janeiro de 2020, foi discutido por um comitê de emergência organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) se o incidente constituía uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (PHEIC) sob os Regulamentos Internacionais de Saúde. A decisão foi adiada por falta de informação. Em 23 de janeiro de 2020, a OMS decidiu não declarar o

surto uma PHEIC, pedindo que "uma ação coordenada de combate à doença" entre diferentes autoridades e governos. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o surto uma pandemia.

Em Portugal, a Ministra da Saúde, anuncia a 2 de março os dois primeiros casos de pessoas infetadas com o novo coronavírus, quando foi reportado que dois homens, um médico de 60 anos que esteve de férias no norte de Itália e um homem de 33 anos que esteve em Valência em trabalho, ambos testaram positivo ao COVID-19. Na verdade países como a Espanha ou a Itália já tinham muitos registos de infeção e deslocações àqueles países de portugueses foram algumas das formas de o vírus chegar a Portugal.

Mas o que é uma pandemia? é uma epidemia provocada por uma doença infecciosa que se espalha entre a população localizada numa grande região geográfica como, por exemplo, um continente, ou mesmo no Planeta Terra.

De acordo com a OMS, uma pandemia pode começar quando se reúnem as seguintes três condições:

- Aparecimento de uma nova doença na população;
- O agente infecta humanos, causando uma doença séria;
- O agente espalha-se de forma fácil e sustentada entre humanos.

O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), é o segundo maior centro hospitalar do país e teve de adaptar rapidamente à nova realidade com que foi confrontado. Integra na sua estrutura, seis polos, que incluem, duas unidades de referência na área de infeção quer a nível do adulto quer da pediatria.

A atividade assistencial realizada pré-fase COVID, foi alterada e passamos a ter uma oferta excessiva para a procura não COVID, uma resposta à nova procura COVID, na ausência de cenários, com risco de ser excessiva, ou deficitária, mas que até ao momento tem-se revelado adequada.

Estruturamos a resposta do CHULC a diversos níveis, que iremos de seguida descrever.

A nível da Gestão Estratégica

- Definiu-se de um plano global de contingência com diferentes fases, coerente com planos setoriais:
 - Estruturou-se de um hospital dedicado a doentes com COVID-19 (Hospital Curry Cabral-HCC);
 - Estruturou-se um hospital "Livre de COVID-19" (Hospital de Santa Marta);
 - Expandiu-se (duplicação) da capacidade de cuidados intensivos;
 - Manteve-se de capacidade nos restantes hospitais.
- Investiu-se numa forte componente comunicacional interna (Eixos: Reconhecimento e Transparência) e externa (Eixos: Referência Técnica e Capacidade de Resposta).
- Implementou-se uma liderança clara e presente através de gabinete de situação,
- constituído pelo Conselho de Administração, PPCIRA, Área da Infecção e da Medicina Interna, Cuidados Intensivos e Gabinete de Comunicação, que reunia 3 vezes por semana.

PROF.^a DOUTORA MARIA JOSÉ COSTA DIAS

Gestão de uma Pandemia: Planeamento a Nível Institucional Adaptação das Unidades Hospitalares para (co)responder a situações de pandemia: apresentação do caso "CHULC" na resposta ao Covid- 19

A nível da Gestão de Recursos

- Criou-se uma base de dados para inscrição de enfermeiros que voluntariamente demonstraram disponibilidade para integrar equipas das Urgências, das Unidades de Infecção e das Unidades de Cuidados Intensivos;
- Procedeu-se a mobilização interna de recursos para reforço da área da Urgência, das Unidades de Infecção e de Cuidados Intensivos;
- Capacitou-se os profissionais de várias áreas para prestar cuidados a doentes COVID-19;
- Criaram-se equipas dedicadas para atendimento de doentes COVID-19 (urgência, laboratórios, blocos, internamento, posto de colheitas);
- Realizou-se contratação ao mercado de profissionais para serviços não COVID;
- Definiram-se de circuitos nas urgências separando doentes do foro respiratório (área vermelha) de doentes não respiratórios;
- Organizou-se o trabalho de forma redundante e segmentada (equipas em espelho; desfasamento de horários. Não cruzamento ou circulação de elementos entre equipas);

Apostou-se em formas de trabalho que diminuíam a exposição (Teletrabalho).



PROF.^a DOUTORA MARIA JOSÉ COSTA DIAS

Gestão de uma Pandemia: Planeamento a Nível Institucional Adaptação das Unidades Hospitalares para (co)responder a situações de pandemia: apresentação do caso “CHULC” na resposta ao Covid- 19

A nível da Gestão de Estruturas

- Alterou-se a afetação de espaços para atividades assistenciais dedicadas a doentes COVID-19 (Circuitos dedicados nos serviços de urgência; Salas de Bloco dedicadas; Quartos nas enfermarias para isolamento;
- Instalou-se pressão negativa numa sala operatória do Bloco Operatório de Ambulatório do HCC;
- Alterou-se da organização de salas de espera, refeitórios e outros espaços comuns, com redução de capacidade e proteção física de profissionais.

A nível da Gestão de Equipamentos e Materiais

- Procedeu-se a gestão extremamente “cuidadosa” centralizada dos EPIs
- , em articulação com o PPCIRA;
- Procuraram-se de alternativas de fornecimento de EPI;
- Identificaram-se de necessidades de equipamentos, sem “cair em excessos”.

A nível da Gestão de Atividade

- Definiram-se circuitos nas urgências separando doentes do foro respiratório (área vermelha) de doentes não respiratórios;

- Criaram-se áreas de espera para doentes com necessidade de internamento, que aguardam resultado de teste;
- Garantiu-se a capacidade de resposta aos doentes COVID-19 (Tendo por base apenas a experiência de outros países);
- Garantiu-se que a atividade “Não COVID-19” urgente, muito prioritária e prioritária continua a ser assegurada (questão dos cuidados intensivos é fator essencial);
- Garantiu-se que a atividade “Não COVID-19”, ainda que cumprindo as regras de distanciamento social, fosse a menos afetada possível através da forte aposta na teleconsulta e da distribuição de medicamentos em farmácia comunitária;
- Estruturou-se plataforma de alojamento aos profissionais que não pretendiam regressar aos domicílios;
- Forneceram-se refeições aos profissionais a exercer funções em Unidades COVID;
- Criou-se de linha de apoio ao Profissional na vertente emocional e técnica;
- Criou-se microsite dedicado a informação exclusiva à Pandemia;
- Reforçou-se a equipa do SSO3
- Adquiriram-se fatos de circulação de cores diferentes para correta identificação de circuitos;
- Desenhou-se plano de retoma de atividade em áreas de menor risco.

A experiência vivida fez-nos aprender que a saúde é um valor supremo, que em situações de pandemia a liderança política é crucial, que todos temos que ser humildes e solidários, que é importante a capacidade de alterar de comportamentos, de respeitar a correta utilização dos equipamentos de proteção individual e dos princípios básicos do controlo de infeção, assim como a importância de ter informação fidedigna.

- Estamos todos juntos nesta pandemia e em conjunto vamos superá-la.

PROF. DOUTOR AMÉRICO PEREIRA

O Fim da Vida Humana: A vida humana como acto de sentido



O tema para esta reflexão é «a vida humana». De um ponto de vista estritamente epistemológico, este tema é intratável. A razão é evidente: não é possível haver a necessária objectividade, pois o sujeito e o objecto de tal tentativa epistemológica coincidem. Pode um ser humano estudar a vida dos cães, dos estranhamente vivos vírus, porque os pode objectivar; pode estudar, por exemplo, os vários fígados que existem, começando pelos das pescadas e acabando nos humanos, porque os pode objectivar, mesmo o humano, reduzindo cada fígado a um objecto, ainda que seja o próprio ainda por destacar fisicamente do restante do seu corpo. Pode, porque, mais ou menos, melhor ou pior, pode tomar como objectos todos estes, precisamente, objectos.

Todavia, já não pode estudar cientificamente – por mais surpreendente que tal possa parecer – o próprio corpo, enquanto corpo, isto é, enquanto entidade viva que não é passível de separação, logo, de objectivação, relativamente ao que é a pessoa humana. Não há pessoa humana sem corpo; não há corpo sem pessoa humana, sem que o dito corpo não passe de um ente meramente material, material-biológico, ironicamente morto como

corpo ainda que durante algum tempo algumas de suas partes ainda possam estar biologicamente vivas. Um corpo humano é sempre indistinguível da pessoa, não é confundível com um cadáver. Por mais duro que seja encarar tal verdade, não há propriamente «pessoas mortas», assim como não há cadáveres vivos.

O corpo, neste sentido, que é o sentido propriamente humano, não é separável do que é o acto total e completo de um ser humano, de uma pessoa humana. Não se pode dizer, por exemplo, a um doente: «olhe, deixe aí o corpo, que eu vou tratar dele, depois, pelas cinco da tarde, passe para pagar a respectiva conta, voltar a aderir-lhe e sair com ele». O corpo humano, que é o único que, como corpo propriamente dito, conhecemos, não é o mesmo que um automóvel, que se possui externamente. O corpo humano nem sequer se possui internamente: se tal fosse verdade, não se diria ao cancro: «parasita maldito, sai do meu corpo», obedecendo o parasita, com mais ou menos necessidade de uso de força, mas mantendo o domínio de mim sobre o que, assim, seria o «meu corpo»?

Não, o corpo, não é «meu» ou «teu»: é «eu», é «tu», enquanto, em absoluto, sou, enquanto, em absoluto, és. Não é objecto, é, como se diz a um certo nível, e bem, sempre, «sujeito». Ora, é neste corpo e como este corpo que a vida humana é: a vida humana coincide com o que este corpo é. Se o corpo não é, neste sentido, objectivável sem redução, então, não é possível um discurso epistemologicamente válido acerca do que é a vida, pois é a vida que tem de necessariamente fazer tal discurso. O discurso acerca do que é a vida humana será sempre, deste modo, um exercício lírico e acientífico.

De notar que não há em tal estatuto epistemológico, que é, na verdade, não-epistemológico, qualquer mal: o que a vida humana pode dizer acerca de si própria é sempre da ordem do poético-lírico, o que não quer dizer, de modo algum, que seja menos interessante ou menos correcto ou menos verdadeiro do que um discurso científico. Toca-se, neste ponto, o âmago da questão, que consiste em perceber-se que a vida humana se dá – e apenas se dá – como sentido. Reflectir acerca da vida humana é sempre um exercício poético criador de sentido, à medida que vai sendo construído. Todavia, esta poética da vida humana ou vida humana como uma poética não se opõe à ciência; pelo contrário, se se atentar à comum origem do movimento que aqui nos traz, enquanto vida que constrói a vida sobre si própria reflectindo, percebemos que quer a poesia quer a ciência são partes integrantes da mesma vida.

Encontramos em grande parte das ciências como sufixo precisamente definidor da sua realidade teórica científica a partícula helénica – que é um termo completo – «logia», que habitualmente se traduz como «estudo» ou algo de aparentado.



PROF. DOUTOR AMÉRICO PEREIRA

O Fim da Vida Humana: A vida humana como acto de sentido

Ora, o termo «logos» significa, lata e profundamente, algo como a «colheita do sentido», a intuição das coisas não na sua realidade material, mas como entidades de sentido, ou seja, entidades lógicas, quer dizer: o que as coisas são não enquanto puros objectos para lá do acto de inteligência que as intui, que no-las dá, mas, nesse mesmo acto, na forma de puro sentido: não metemos as milhentas pedras da calçada dentro da cabeça ou do cérebro quando intuimos isso, mas, de tais coisas, recebemos, como puro acto de inteligência – diz-se tecnicamente «noético», Descartes chama-lhe «realidade objectiva da ideia», só para ajudar a confundir – isso que é, em nós, o seu sentido.

Não, há, assim, materialidade das pedras da calçada em mim; o que há é o «logos» que é essas pedras em mim. Alargando o mundo das pedras a todos os actos de sentido que me constituem, tal é indiscernível do que é a vida humana propriamente dita.

A prova de que tal é mesmo assim, obtém-se por absurdo, pois, se, de repente ou paulatinamente – por AVC fulminante ou por calmissimo Alzheimer –, se retirar todos estes actos lógicos, de sentido, a isso que é a vida humana, nada resta como vida propriamente humana. Temos noção das consequências que tem o que acabou de ser dito. Tais consequências implicam que haja sobre o que é a vida humana um governo que não pode ser apenas técnico, pois, tecnicamente, é a vida apenas como acabou de ser dito.

PROF. DOUTOR AMÉRICO PEREIRA

O Fim da Vida Humana: A vida humana como acto de sentido

A vida propriamente humana é, então, um acto de sentido, e, sem este acto de sentido, nada é. A vida humana é um acto lógico. Este acto lógico, todavia, não é monocórdico, sendo constituído por muitas vozes, isto é, por muitos níveis de ser. Antes de se prosseguir, há que desfazer alguns preconceitos que existem relativamente ao que aqui se reflecte. Não se pretende qualquer exaustividade, apenas exemplaridade.

Eu «não tenho vida», eu sou vida: não há qualquer distinção possível entre a vida que sou e eu próprio: aniquilar a vida em mim é o mesmo que me aniquilar. Ninguém «está vivo», entenda-se: é-se vivo, é-se vida. A vida não é um estado, é uma realidade ontológica; embora a vida, nas suas dimensões física, química e biológica, necessite de água, não possui, como a água, variabilidade de estados: agora estou vivo, daqui a duas horas estou morto, mais três horas e estou outra vez vivo. Por mais que se manipule a linguagem, a vida é mesmo contraditória da morte: ou uma ou a outra.

Por outro lado, não há vida ou corpo parcial: um ser humano é sempre o corpo que é e não é menos ser humano ou menos corpo do que um qualquer outro apenas porque tem menos os dois membros inferiores, por exemplo. A humanidade não se mede ao quilo, ou pelo número de peças, mas pelo sentido lógico que coincide com o ser-se ou não propriamente humano. Note-se que milhares de judeus e outros seres humanos em boas condições materiais «de corpo» deixaram-se matar sem dar qualquer luta não porque lhes

faltasse alguma peça corporal, mas porque lhes tinha sido retirado o sentido lógico de humanidade. É, aliás, sempre assim que os tiranos vencem os que tiranizam.

Pode, deste modo verificar-se que grande parte do discurso que abunda e que parece defender a vida humana o não faz, pois centra-se em premissas que contradizem, enquanto tais, isso mesmo que supostamente dizem defender.

Assim, aquela criança não «tem humanidade»: é humana; aquele homem ferido não «tem o corpo» maltratado: é o corpo maltratado; aquela mulher não «tem dores»: é dores, nas dores que 'tem'; eu não «tenho amor aos meus filhos»: sou amor aos meus filhos em cada acto de bem que relativamente a eles realizo; ou não os amo. Do ponto de vista lógico como previamente definido, a vida humana não é, assim, uma questão de posse, mas de acto e de paixão.

A vida que cada um de nós é constitui-se, em acto, através do que se sofre, isto é, das acções que se sofrem, e do que se age. Deste ponto de vista, a vida humana é um imenso e intricado conjunto dinâmico e cinético de actos sofridos e realizados. O meu coração bate como paixão, não no sentido romântico, apenas, mas no sentido em que a sua acção própria, de que a vida que sou depende, não depende de qualquer especial acção minha. No entanto, se pegar num punhal e o enterrar nesse mesmo coração esta minha acção aniquila a sua acção, deixando a paixão que dele sofro de estar em acto e, com ela, eu também.

Este pobre exemplo cardíaco serve, no entanto, para exemplificar anedótica e simplesmente o que é, em nossa vida, a relação entre a passionalidade e a actividade e até que ponto dependem uma da outra. O que é simples e certo é que, sem esta passionalidade e sem esta actividade, não há vida humana.

Se o termo «complexidade» significa algo de concreto é quando é usado para ajudar a caracterizar o que é a vida humana como algo que se compõe de níveis hierarquizados, se bem que inseparáveis em acto e sempre em constante ligação lógica, em formas de relação que parecem implicar estruturas vitais de tipo teleológico, em que o desenrolar do acto parece depender mais de um obscuro fim do que de um não menos obscuro princípio.

Quando usamos o termo «lógica» ou o termo «sentido» para designar o próprio da vida humana, não seria impossível substituí-los pelo termo «espírito» ou pelo termo «espiritual», que são mais conotados com outras dimensões, isto é, com dimensões especiais que também constituem a vida humana. Todavia, a noção da vida como acto espiritual não é restritiva, pois, como acto lógico puro, no sentido inicialmente exposto, a vida, como espírito, não reduz coisa alguma, parte alguma da sua omnidimensionalidade.

Assim, e como exemplo claro, o mais materialista dos biólogos não consegue sê-lo sem matéria, por exemplo, sem uns bons velhos isótopos variados de carbono; porém, tudo o que tal biólogo disser em estilo materialista sobre a materialidade da vida, ao ser feito, é, não coisa material, mas acto espiritual. E há, de facto, uma diferença entre os simples isótopos de carbono de que necessitou e isso que sobre os mesmos disse: se, para dizer algo, são necessários os tais isótopos de carbono, isso que sobre eles é dito é de uma outra ordem de ser e só existe como acto humano, que é um acto espiritual. O espírito é isto e só isto. Todavia, este «só» encerra em si todo o infinito horizonte de sentido possível e realizado. A realização do ser humano como acto de espírito corresponde a este infinito de sentido possível, realizado, em realização e realizável. Não é pouco.

Assim, como realização actual deste acto de possibilidade – que é a vida humana –, encontramos todas as diferentes, mas não diversas, estratificações de ser, dimensões próprias da vida humana.

Só há vida humana com matéria física, seja esta entendida de que modo for, e, note-se, nunca, como hoje, se esteve tão perto de uma identificação do limite mais profundo da materialidade com estruturas simplesmente de ordem matemática e lógica: super-cordas, vibrações, parece a música ante-cósmica e já cósmica de Pitágoras ou o «Logos» de Heraclito. Não há vida humana sem química, desde a mais simples, a da molécula de hidrogénio, até à mais extensa e complexa macro-molécula, por exemplo, de ADN ou ARN.

Não há vida humana sem biologia, em toda a sua imensa diferencialidade, que supõe uma evolução planetária longuíssima e de uma complexidade de possibilidade e actualidade combinatória inimaginável.

PROF. DOUTOR AMÉRICO PEREIRA

O Fim da Vida Humana: A vida humana como acto de sentido

Todavia, a vida humana não termina na biologia, como até alguns biólogos modernos sabem. Há, entre outras, dimensões de nível psicológico, em que se desenrola o filme interior da nossa existência, de que somos o único espectador, mais ou menos capaz de governar o drama em curso, em suas paixões e acções.

O governo do que é a vida humana, no que é governável – o covid 19 veio lembrar que há muita ingovernabilidade objectiva, não psicológica, na vida humana – remete para a dimensão ética, em que consiste toda a sua parte em que cada ser humano decide, melhor ou pior, do rumo que tal sua vida tomará.

Como tal vida não ocorre numa solidão de Rei Midas já saciado, mas com a presença de outros – presença que é sempre como forma de sentido, também, logo, espiritual – surge a dimensão política, em que ocorrem todas as relações entre vidas humanas, assim definindo o que cada uma delas e todas elas, em tal relação, vão efectivamente ser. A vida nunca é uma questão meramente ética, senão para um Midas já riquíssimo e só; mas, sempre, um acto de integração entre seres humanos, isto é, entre vidas humanas, o que implica que cada vida humana seja ela e as outras todas, mesmo as que já foram e não são mais, pois todas, a seu modo e com sua grandeza, contribuíram politicamente para o estado político em que o conjunto das vidas humanas se encontra: se dúvidas havia, o covid 19, em sua extraordinária expansividade politicamente veiculada, serve para dissipar tais dúvidas.



Como forma especial da dimensão política, surge na vida humana a religião, que religa a vida humana individual não apenas com outra ou outras vidas humanas individuais – nas assembleias que são as diferentes «Igrejas» –, mas também com uma outra forma especial de vida, intuída como tal, a que se dá o nome de «sagrado» e, neste, na sua forma mais elevada, de «divino», o seu neutro, ou de «Deus», já tomado não como especial vida simplesmente, mas como outro tipo de vida também ela segundo uma forma lógica, a forma em que o «logos» é infinitamente denso, se tal imagem pode fazer sentido.

Ora, do ponto de vista lógico que aqui nos orienta, tudo isto é vida humana e não há vida propriamente humana sem isto, sem tudo isto, num acto íntegro, em que não há separação real entre as várias dimensões, analíticas, mas em que o acto sintético de todas estas dimensões constitui, então, isso, melhor, isto, que é a vida humana.

Note-se que este sentido de vida humana aplica-se, como se de um imenso algoritmo dinâmico e cinético se tratasse, a todas as vidas humanas, desde que as materialidades e químicas biológicas dos dois gâmetas, também eles humanos, se fundem, até que, passada toda a

poeticidade lógica do acto de vida que tal união permitiu, o próprio ADN resultante e toda a sua progénie intra-corporal e intra-vital como seu suporte mundano, se torne, também ele, «cadáver», como cadáver é esta espantosa coisa que permitiu, já não vida humana, mas humanos restos mortais daquilo que foi uma vida humana: monumento de uma memória sem realidade mundana que alguns esperam que faça parte da eterna memória de isso a que chamam Deus.

Todavia, e já que estamos em campo de poeticidade lógica, pergunte-se: que é tudo isto realmente senão mesmo um unimaginável, mas realíssimo, algoritmo. A vida como um algoritmo vivo. Um algoritmo da vida. Ora, há cadáveres de algoritmos? Alguém conhece um cadáver matemático?

Não será a vida humana – e todas as outras – forma de algoritmo, isto é, intrinsecamente da ordem do eterno? Não é este o princípio e o fim da vida humana?

Agradeço a generosa atenção prestada.

PROF. DOUTOR AMÉRICO PEREIRA

O Fim da Vida Humana: A vida humana como acto de sentido

MESTRE PATRÍCIA VINHEIRAS ALVES

Harmonizar a Alimentação com a Pessoa em fim de vida: O Lugar do Desejo



A pessoa em fim de vida tem habitualmente, e devido ao avanço da sua doença, elevadas necessidades em cuidados de saúde causadas pelo sofrimento (Neto, 2006) e consequentemente uma diminuição da capacidade de atuar de forma independente em relação às atividades de vida. O comer e beber é uma atividade de vida (AV) multidimensional, individual e complexa e está permanentemente presente na nossa vida não só por uma questão de sobrevivência mas também por questões sócio-culturais (Abreu, Viana, Moreno & Torres, 2001; Maciel & Castro, 2013), psicológicas e espirituais, estando imbuída de significados vários (Amon & Maldavsky, 2012). Ao longo do ciclo de vida, habitualmente temos a capacidade de satisfazer as nossas necessidades relativas a esta atividade de vida. Com o aproximar da morte, em situação de fim de vida, encontramos frequentemente uma pessoa a vivenciar um conjunto de alterações fisiológicas, que vão desde o descontrolo sintomático à recusa alimentar por falta de apetite e ficando progressivamente muito debilitada, com repercussões no desempenho das suas atividades de vida, o que causa sofrimento à pessoa e seus familiares. Apesar desta AV ser sempre um foco importante do cuidado de enfermagem ao longo de todo o ciclo de vida (Roper, Logan e Tierney, 2001), em situação de fim de vida, ela constitui frequentemente uma preocupação diferente para os vários intervenientes no cuidado, pelas alterações existentes decorrentes da degradação do estado da pessoa, em articulação com os diferentes sentidos atribuídos à alimentação.

Na prática de cuidados assiste-se aos sintomas da pessoa em fim de vida mal controlados no âmbito do comer e beber e à ansiedade da família por o doente não comer, associando à questão cultural que crê que “se não comer morre à fome” (McClement, Degner & Harlos, 2004; Hopkinson, Wright & Corner, 2006; Strasser, Cerny, Binswange & Kesselring, 2007). Estas alterações tornam-se, assim, rapidamente um problema para o próprio, para a família e para o enfermeiro (Resende, 2009), sendo este profissional um elemento fulcral na gestão desta AV. Na verdade, o tempo é sempre curto, mas para esta pessoa sem perspetiva de cura e cuja morte se espera para próximo, o tempo é exageradamente curto sendo que a literatura demonstra que este compasso deve ser vivido intensamente, sem restrições, sem impedimentos, na base do prazer e do conforto.

Assim, nesta fase da vida toda a ação terapêutica do enfermeiro deve centrar-se nas necessidades individuais da pessoa e família, sendo que os resultados terapêuticos que se pretendem atingir fixam-se principalmente no conforto e bem-estar, no alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual (Sapeta, 2010), para que a pessoa possa viver com qualidade e possa morrer com serenidade (Henderson, 2004).

Realizámos uma investigação no âmbito do Doutoramento em Enfermagem a partir da questão de investigação: “Qual o processo de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida no desempenho da atividade de vida comer e beber?”. Procurámos o que os enfermeiros fazem, como o fazem, porque o fazem e o impacto que tem nos doentes e família. Pretendemos caracterizar o processo de cuidados de enfermagem à pessoa

hospitalizada no desempenho da AV comer e beber; identificar os fatores que condicionam o processo, as estratégias de ação/interação do enfermeiro e as suas consequências; elaborar uma explicação teórica do fenómeno em estudo. Optou-se pela investigação situada num paradigma qualitativo, utilizando a Grounded Theory como abordagem metodológica. O campo de estudo foi uma unidade de internamento de Cuidados Paliativos. Os participantes do estudo foram pessoas em fim de vida conscientes internadas nesta unidade, suas famílias e os enfermeiros que as cuidaram. As técnicas de colheita de dados foram a entrevista e a observação a participante. A análise de dados foi feita pelo método das comparações constantes, conforme preconizado na Grounded Theory Strausseriana.

Neste estudo, é claro que o processo de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida no desempenho da AV comer e beber assume a perspetiva de que alimentação diz respeito ao quotidiano da pessoa e família, podendo ser um meio importante para proporcionar conforto e prazer relacionado ao ato de comer, transcendendo o estado de saúde ou doença (Martins, 2011), promovendo uma vivência melhorada para os envolvidos. Esta vivência melhorada ocorre através de quatro subprocessos: harmonização da alimentação ao hábito e preferência da pessoa em fim de vida, à sua atividade, à sua capacidade e dorlência, e ao seu desejo, constituindo-se como categoria central do processo:

MESTRE PATRÍCIA VINHEIRAS ALVES

Harmonizar a Alimentação com a Pessoa em fim de vida: O Lugar do Desejo

- "Harmonizar a alimentação com a pessoa em fim de vida", que deu o mote ao título desta comunicação
- "Harmonizar a alimentação com a pessoa em fim de vida: o lugar do desejo".

A postura destes profissionais é no sentido de "não existem impossíveis" e os casos são analisados individualmente, gerindo o aqui e agora. "Harmonizar a alimentação ao desejo da pessoa em fim de vida" é um subprocesso que surge de forma a conciliar a alimentação com o "desejo que medita" e o "desejo que não pensa" da pessoa, em qualquer momento do internamento, embora quanto mais o enfermeiro conheça aprofundadamente a pessoa e família, maior a probabilidade deste profissional conhecer o desejo da pessoa. Esta harmonização concretiza-se pelas ações/interações "ministrar cuidados", "educar e guiar", "gerir a alimentação", "ilimitar o cuidado alimentar", "trabalhar em equipa" e "gerir o seu sentir". Em fim de vida o importante não é a(s) doença(s) da pessoa ou o estadio da vida da mesma, o importante é a pessoa per se, sendo que esta é pessoa e continua a sê-lo até morrer. O estadio de vida da pessoa é aqui utilizado para reforçar o seu estatuto de pessoa com desejos, com capacidades, "dona de si", com perspetiva de futuro a cada momento, sendo ajudada naquilo que todas as pessoas procuram – a vivência da vida com qualidade.



MESTRE PATRÍCIA VINHEIRAS ALVES

Harmonizar a Alimentação com a Pessoa em fim de vida: O Lugar do Desejo

Neste estudo, a perspetiva dos enfermeiros de proporcionar uma vivência melhorada é priorizada, promovendo intervenções no âmbito da alimentação que façam com que cada minuto da pessoa, cada hora, cada dia valham a pena serem vividos. Isto remete-nos para a perspetiva de Bernardo, Rosado & Salazar (2016, p.908) que referem que a atuação da equipa de cuidados paliativos "deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitarem o melhor de cada dia" e para Twycross (2003) que reforça que em fim de vida se deve viver um dia de cada vez com qualidade. Isto espelha o sentido da célebre expressão latina "carpe diem" que significa "colhe o dia, aproveita o momento" (Dicionário Infopédia de Língua Portuguesa, 2003-2018).

Esta expressão foi usada num poema pelo poeta latino Horácio (65 a.c – 8 a.c.) no livro I de Odes, em que este poeta aconselha Leucone a aproveitar o presente porque a vida é curta e a morte uma certeza, devendo aproveitá-la sem estar preocupada com o que está para vir e tirando o máximo proveito dela enquanto é possível (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2018). Carpe diem fala da vida e nasce da reconciliação da vida com a morte; a própria morte não fala dela mesma, mas sim da vida, daquilo que estamos a fazer com ela (Alves, 2010). Nas ações/interações do enfermeiro no processo estudado está intrínseco este sentido de promover "carpe diem" à pessoa em fim de vida.

ou seja, de lhe proporcionar conforto e prazer fazendo o seu dia ter qualidade, concretizando-se numa vivência melhorada. Nesta harmonização com a pessoa apesar de se harmonizar ao hábito e preferência da mesma, à sua atividade, à sua capacidade e à dorlência, é o harmonizar ao desejo que se destaca e é o mais complexo, pois ao existir um desejo expresso da pessoa no âmbito da alimentação, as ações/interações de enfermagem são dirigidas para esse desejo (o "desejo que medita" e o "desejo que não pensa") de forma a satisfazê-lo, nem que para isso os enfermeiros tenham de "ilimitar o cuidado alimentar", ultrapassando o convencional e instituindo intervenções criativas, mantendo sempre a segurança da pessoa. Isto remete-nos para a importância da sobreposição do desejo alimentar sobre a medicalização da alimentação, ou seja, a importância de "desmedicalizar a alimentação" (Proença, 2014) em situações de fim de vida, em que os enfermeiros ilimitam o cuidado alimentar de forma a atingir resultados positivos para a pessoa, família e enfermeiro.

No processo estudado, o enfermeiro harmoniza a alimentação com a pessoa ao desenvolver ações/interações de enfermagem em harmonia com as necessidades e perspetivas do doente (harmonizar ao hábito e preferência; à atividade; à capacidade e à dorlência; ao desejo). Assim a harmonização é um processo em si constituído por ações/interações de harmonizar, pois o enfermeiro intervém combinando equilibradamente a alimentação com as perspetivas da pessoa, tendo consequências positivas para os envolvidos no processo estudado – "vivência melhorada da pessoa e família" e "vivência profissional melhorada" do enfermeiro. Podemos então dizer que a harmonização da alimentação com a pessoa em fim de vida é um processo constituído por ações/interações de harmonizar, mas também o resultado é a harmonia da pessoa, da família e do enfermeiro. Desde a primeira interação que o enfermeiro tem com a pessoa em fim de vida e família, que ocorre no momento da admissão ao internamento, que este profissional começa a construir uma relação com os seus clientes, o que lhe permite fazer uma apreciação aprofundada da situação ao longo do internamento até à alta ou à morte da pessoa, ou seja, permite "ir conhecendo a pessoa e a família". Easley (2007) refere que o

termo harmonia relaciona-se com a música no sentido que um tom é considerado puro e a função da harmonia era fazer com que as notas de melodia "conectassem". Assim, também tem de haver uma "conexão" entre o enfermeiro e a pessoa (no sentido da construção de uma relação) para que este profissional compreenda o doente e possa desenvolver ações/interações de harmonização que tenham como resultado a harmonia. Na admissão ao internamento o enfermeiro empreende, no âmbito da alimentação, uma apreciação da pessoa e família que se centra essencialmente nos aspetos que lhe permitem fazer uma harmonização ao hábito e preferência alimentar da pessoa. A harmonização ao hábito e preferência da pessoa mantém alguma estabilidade ao longo do processo, podendo, no entanto, alterar caso o doente refira outros hábitos e preferências que não foram apreciados inicialmente. A harmonização da alimentação à atividade da pessoa surge habitualmente a seguir ao momento da admissão, sendo que o enfermeiro harmoniza a alimentação tendo em conta as atividades previamente agendadas ou as que surjam em qualquer altura do internamento, como por exemplo, sessões de fisioterapia. As capacidades/incapacidades e/ou dor que podem estar presentes no início do internamento podem modificar-se ao longo do mesmo, requerendo uma harmonização constante à capacidade da pessoa e à sua dor.

A harmonização da alimentação ao desejo da pessoa decorre dos desejos que surjam ao longo do internamento, sobrepondo-se aos outros tipos de harmonização, desde que a segurança seja mantida. No processo estudado, a pessoa mais do que uma parceira do cuidado, é o elemento determinante neste processo, sendo o enfermeiro um meio para a pessoa em fim de vida atingir as suas pretensões, pelo que a harmonização da alimentação é feita com a pessoa e não à pessoa, pelo que a categoria central foi designada de "Harmonizar a alimentação com a pessoa em fim de vida". O desejo no âmbito do comer e beber surge, em fim de vida, enquanto "desejo que medita" ou "desejo deliberado" (vontade da pessoa) e um "desejo que não pensa" ou "desejo irracional" (Ferrater Mora, 1991; Tonnetti & Meucci, 2013) e que a pessoa sente como imprescindíveis a sua satisfação.

MESTRE PATRÍCIA VINHEIRAS ALVES

Harmonizar a Alimentação com a Pessoa em fim de vida: O Lugar do Desejo

Este surge ao longo do internamento e, no campo do estudo, é claro para os enfermeiros que a sua concretização é importante para uma vivência melhorada para a pessoa e família.

Na verdade, a satisfação de um desejo é fonte de prazer e segundo Maslow (1946, p.375) "um desejo que é satisfeito não é mais um desejo", ou seja, a necessidade é suprida. A priorização da intervenção de enfermagem neste processo é responder ao desejo da pessoa (desde que a sua segurança seja mantida) e não a satisfação das necessidades nutricionais, já que neste estadio estas são minor, com pouco significado na sobrevivência da pessoa, devendo o foco da alimentação centrar-se na qualidade de vida e no alívio do sofrimento e não na nutrição adequada (Carvalho & Taquemori, 2008). de enfermagem utilizam-se referenciais de priorização da intervenção de enfermagem, entre eles, a pirâmide da hierarquia das necessidades de Maslow

(Álvaro-Lefèvre, 2014). Relembrando as necessidades da base para o topo: as necessidades necessárias à sobrevivência designadas por fisiológicas ou impulsos fisiológicos; acima destas estão as de segurança; depois as de amor e relacionamento; de estima; de realização pessoal (que se refere ao desejo de tornar-se mais e mais o que é, tornar-se tudo aquilo que é capaz, podendo levar a experiências de transcendência).

Sabemos que no âmbito do processo de cuidados Quanto às necessidades fisiológicas, Maslow refere-se àquelas que são necessárias para manter a homeostase do indivíduo, estando entre elas os "apetites do corpo", ou seja, "se o corpo não tiver alguma substância química, o indivíduo tenderá a desenvolver um apetite ou fome parcial por esse elemento alimentar" (trad. Maslow, 1946, p. 372).

No nosso estudo, estes "apetites do corpo" espelham-se no desejo que não pensa ou desejo irracional. Outra das componentes do desejo, apresentado no nosso estudo, é o desejo que medita ou deliberado, aquele sobre o qual a pessoa pensou, a sua vontade e que se refere não apenas a uma questão fisiológica mas a uma questão de autocontrole da situação ou de realização pessoal. A satisfação de ambos pode levar ao prazer. Embora teoricamente se possa fazer esta diferença, neste estudo, é difícil determinar os desejos puramente fisiológicos, tendo em conta que o metabolismo da pessoa está lento, as suas necessidades nutricionais são minor e as suas necessidades alimentares apresentam um cariz aparentemente multidimensional. Maslow (1946) também parece não negar esta perspetiva pois refere que apesar das necessidades fisiológicas serem relativamente isoladas, não o são completamente, pois a pessoa que diz ter fome pode estar mais à procura de conforto do que de vitaminas ou proteínas. No entanto, este autor considera que numa situação extrema, quando o ser humano está a perder tudo na vida, as principais motivações são as fisiológicas, ou seja, estas são as que se sobrepõem. Dá, inclusive, o exemplo da fome, referindo que a uma pessoa que falte comida, segurança, amor e estima é mais provável que a fome por comida seja mais forte do que qualquer uma das outras. O fim de vida também é uma situação extrema em que a perda iminente é a vida. O que motiva efetivamente a pessoa para ter um desejo relacionado com a alimentação? É por uma motivação fisiológica ou por uma motivação de realização pessoal no sentido do respeito dos outros, do autocontrole da situação ou da realização pessoal? E será que o aspeto do autocontrole da situação (necessidade do topo da pirâmide) não se sobrepõe à necessidade fisiológica como a fome (necessidade da base da pirâmide)? A este propósito, a situação contada

MESTRE PATRÍCIA VINHEIRAS ALVES

Harmonizar a Alimentação com a Pessoa em fim de vida: O Lugar do Desejo

por um participante enfermeiro sobre uma pessoa em fim de vida que tinha perda de deglutição segura, mas que tinha fome e recusava intervenções invasivas (não ser entubado), sendo que os enfermeiros lhe iam dando oralmente algum alimento transformado (lascas de chocolate para chupar, por exemplo), faz pensar que em fim de vida, no âmbito da alimentação, a necessidade de realização pessoal e de autocontrole (não ser entubado) pode sobrepor-se à motivação fisiológica da fome. Neste caso, é o desejo que medita que se sobrepõe ao desejo que não pensa. Em fim de vida, o atingir de pequenas atividades ou acontecimentos alcançáveis que a pessoa deseja, pode constituir-se como momentos de alegria, de realização pessoal, o que contribui para o seu bem-estar (Pereira, 2010). A comida despoleta-nos um prazer interno, tendo a pessoa necessidade de comer para subsistir, mas isto não chega para a satisfazer, sendo necessário experimentar o luxo do desejo gastronómico (Barthes, 2010). Este autor descreve o prazer gastronómico como um bem-estar. Outro aspeto, tem a ver com a multidimensionalidade da alimentação e daquilo que determinado alimento nos concede, o que nos pode remeter para questões como: Que motivações concorrem para o desejo de um determinado alimento? São apenas necessidades fisiológicas ou a satisfação desse desejo transporta o doente para lugares, pessoas, momentos...? Ou seja, há aqui apenas uma necessidade decorrente de uma alteração química

MESTRE PATRÍCIA VINHEIRAS ALVES

Harmonizar a Alimentação com a Pessoa em fim de vida: O Lugar do Desejo

orgânica, ou decorrente de uma vivência pessoal importante que o faz transcender e lhe proporciona prazer?. Tonnetti&Meucci (2013) defendem que os desejos são socialmente construídos, situando-se para além das necessidades primordiais como a fome que é considerada um instinto essencial para a vida. Estes autores aludem que há muitas coisas que desejamos que não são essenciais à vida e que "grande parte dos desejos irracionais que nos movem foram criados e sustentados por uma sociedade que nos adentra. Somos adentrados em nossa intimidade" (Tonnetti&Meucci, 2013, p.15). O questionamento anterior conduz-nos ainda para Watson (2002) quando menciona que a capacidade de cada um para transcender o espaço e o tempo, ocorre de forma semelhante, no pensamento, na imaginação e nas emoções de cada um. Os nossos corpos podem estar

fisicamente presentes num determinado local ou situação, mas as nossas mentes e sentimentos relacionados, podem estar noutra local qualquer. (p.83).

A verdade é que a comida traz-nos sabores, cheiros e prazeres sensoriais (Bell et al, 2016), recorda-nos conforto e segurança (Resende, 2009, p.25) e pode ser este "outro local qualquer" para onde a pessoa queira viajar que lhe possa proporcionar carpe diem. Parece haver neste desejo alimentar um movimento de paz e de transcendência da pessoa, tornando-se este uma necessidade do topo da pirâmide, mas prioritária para a pessoa. Embora não possamos aludir que neste processo há uma inversão da pirâmide de Maslow, podemos, no entanto, evidenciar que em fim de vida, no âmbito da alimentação, existem diferenças entre as prioridades de motivação do ser humano. Também se pensarmos nesta priorização de uma forma mais abrangente relativamente ao hábito e preferência, à atividade da pessoa, à capacidade e à dorlência, e ao desejo, é este último, quando expresso pela pessoa, que se sobrepõe às outras dimensões, passando a ser a dimensão básica de priorização do enfermeiro. O desejo da pessoa torna-se prioritário na intervenção de enfermagem, desde que a segurança da pessoa seja mantida. Sendo o desejo a motivação principal da pessoa, a priorização da intervenção do enfermeiro será satisfazer esse desejo, independentemente da origem deste (derivado dos "apetites do corpo" ou de uma "meditação" da pessoa). Só sabendo a origem desse desejo é que podemos dizer se estamos a satisfazer uma necessidade da base da pirâmide ou do topo da pirâmide, de acordo com Maslow. No estudo de Sousa (2014), que versou sobre o conforto da pessoa idosa, esta autora identifica "atender à decisão/vontade/desejos do doente idoso" como uma estratégia promotora de conforto. Para a pessoa em fim de vida, no presente estudo, harmonizar ao desejo da pessoa tem como consequências a vivência de momentos de conforto (sensação de prazer de comer; sinais/sintomas controlados; proximidade de casa; sentir-se valorizado; sentir-se seguro; sentir-se tranquilo; ingestão de alimentos à medida,



manutenção da sua autonomia e independência). Digamos que no âmbito da alimentação em fim de vida, a pirâmide da hierarquia das necessidades de Maslow pode ser um ponto de partida, mas o enfermeiro deve construir com a pessoa a pirâmide desta última para priorizar a intervenção. Neste momento da vida, o relevante é individualizar a intervenção de enfermagem no âmbito da alimentação, o que significa dar-lhe a prioridade que a pessoa pretende e, para isso, temos de conhecer o desejo que a pessoa tem neste âmbito. Isso só é possível se compreendermos a pessoa de forma lata e aprofundada, o que é potenciado através da relação que estabelecemos. Não esqueçamos que “se não se consegue nada contra a doença, consegue-se ainda muito pelo doente” (Hennezel, 2001, p. 123), sendo a harmonização da alimentação com a pessoa uma forma de fazer com o doente.

Quando todos os sintomas físicos estão controlados e o sofrimento aliviado, quando as necessidades estão satisfeitas da pessoa e da família, quando se concretizam os pequenos desejos e a pessoa vive esta fase da vida com intensidade, preservando a esperança, encontrando um sentido para a situação vivida e restituindo o seu sentido de integridade existencial, é possível morrer com dignidade (Pereira, 2010). Acrescentamos que é sobretudo possível viver com dignidade e qualidade até à morte, sendo que este estudo demonstra que a alimentação é um forte fator para esse designio, proporcionando conforto, prazer e fazendo o dia valer a pena. Twycross (2003) alude que em Cuidados Paliativos a

MESTRE PATRÍCIA VINHEIRAS ALVES

Harmonizar a Alimentação com a Pessoa em fim de vida: O Lugar do Desejo

atenção. aos pormenores é essencial pois a sua ausência pode fazer com que o êxito possa ser desperdiçado.

Estes pormenores que Twycross menciona são as “pequenas grandes coisas” que são frequentemente referidas por pessoas que se confrontam com a sua morte próxima, como algo que lhes proporciona grandes momentos de prazer e de qualidade. Hesbeen (2000) refere que as “pequenas coisas” da vida são aquelas que são importantes e que dão sentido à vida da pessoa e que estas “pequenas coisas” surgem nas múltiplas ações do enfermeiro durante os cuidados e possibilitam a manifestação de uma “grande atenção” para a pessoa e família

Neste harmonizar a alimentação com a pessoa estão presentes estas “pequenas grandes coisas” que proporcionam prazer e momentos de qualidade. Por seu lado, Alves (2010, p.64) alude que devemos “beber o encanto de estar no mundo! Não importa que ele nos venha em pequenos fragmentos de alegria, de riso, de compaixão, de amizade, de silêncio, arroz e feijão, o abraço de amor, a poesia, as coisas do dia-a-dia”.



MESTRE LEONOR TEIXEIRA GIL

Enfermagem em Cuidados Paliativos: da Teoria à Prática



Vamos começar por falar em Cuidados Paliativos de forma breve e sucinta, como e onde começaram, o que são e quais os pilares em que assentam. Em seguida iremos abordar o papel do Enfermeiro em Cuidados Paliativos.

No século XIX, alguns grupos religiosos dedicavam-se aos cuidados aos moribundos e aos mais carenciados. A partir da década de 60, do sec. XX, surgem os cuidados paliativos à luz do que se conhece hoje em dia. Em 1967, em Londres, Cecily Saunders abriu o Saint-Christopher Hospice, onde o seu principal objetivo era apoiar os moribundos, com uma abordagem clínica, terapêutica e psicológica (1). Para Cecily Saunders era urgente oferecer cuidados científicos, de rigor e com qualidade, àqueles a quem anteriormente já lhes tinha sido dito “que já não havia nada a fazer” (2). Foi através desta prestação de cuidados que se iniciou uma corrente nova na área da medicina, os Cuidados Paliativos. Ajudaram a mudar conceitos e visões sobre a morte e o morrer (3). Posteriormente, num continente bem diferente, surge uma outra pioneira dos Cuidados Paliativos, nos Estados Unidos da América, Elisabeth Kübler-Ross.

Em Portugal, os CP iniciaram a sua história na década de 90. Desde então tem havido um investimento grande, embora ainda haja uma escassez e desigualdade na sua acessibilidade (4). Começou com a criação de uma Unidade da Dor no Hospital do Fundão (5), tendo hoje em dia, segundo APCP(21), mais de 59 unidades espalhadas por Portugal. Segundo Capelas (6) “a distribuição dos recursos deverá ser efetuada de forma faseada mas equitativamente as diversas regiões do país” atualmente

poderemos considerar as várias vertentes, internamento, equipas intra-hospitalares e apoio domiciliário. Poderemos também considerar a divisão entre os Cuidados Paliativos de Adultos e os Cuidados Paliativos Pediátricos. Temos como um marco importante o decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho (7), com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI, entre muitas outras coisas, define vários níveis de Cuidados Paliativos (internamento, apoio intra-hospitalar, apoio domiciliário) e estabelece, duas atividades principais o Ensino e a Investigação.

Em 2002, a OMS (8), definiu os cuidados paliativos como sendo uma “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”. No entanto, há alguns aspetos que necessitam de ser clarificados, como podemos constatar no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (9):

- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural;
- Encaram a doença como causa de sofrimento a minorar;
- Consideram que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;

- Reconhecem e aceitam em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- Consideram que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas, que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- Consideram que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- Assentam na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- Abordam de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- São baseados no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- Centram-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- Só são prestados quando o doente e a família a aceitam;
- Respeitam o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- São baseados na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Em Cuidados Paliativos consideramos quatro pilares fundamentais: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. Dentro do trabalho em equipa, todos os intervenientes complementam as suas ações em prol do bem-estar do utente e da sua família. No entanto, irei abordar o papel do enfermeiro numa unidade de cuidados paliativos, aliando a teoria à prática.

MESTRE LEONOR TEIXEIRA GIL

Enfermagem em Cuidados Paliativos: da Teoria à Prática

1.1 – PAPEL DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Para Foucault (10), citando Watson, o objetivo dos cuidados de enfermagem em cuidados paliativos “consiste em prestar um acompanhamento holístico em que os aspetos humanos e científicos dos cuidados paliativos têm tanto valor, senão mais, do que aqueles ditados pela persecução de objetivos de prolongamento da vida”.

Assim sendo, poderemos considerar cinco momentos muito importantes no que diz respeito aos cuidados de enfermagem e à planificação dos mesmos: recolha de dados; interpretação de dados; planificação da intervenção; execução da intervenção e avaliação da intervenção.

Para Sapeta (11), é importante que o enfermeiro mantenha uma atitude de autoavaliação ao longo do seu trabalho, pois esta área facilmente leva ao confronto dos próprios medos relacionados com a possibilidade de sofrer e morrer e há fatores intrínsecos e extrínsecos que também podem conduzir a interferências na qualidade dos cuidados prestados.

A European Association for Palliative Care (EAPC) identificou um conjunto de competências necessárias para os profissionais em Cuidados Paliativos, segundo o qual se preconiza que um mestre em CP saiba aplicar os seus princípios, tem



MESTRE LEONOR TEIXEIRA GIL

Enfermagem em Cuidados Paliativos: da Teoria à Prática

competências de comunicação adequadas, tem uma postura ética, intervém sobre as necessidades físicas, psicossociais e espirituais das pessoas doentes e das suas famílias, trabalha em equipa multidisciplinar, reflete e desenvolve-se continuamente (12).

No quadro presente na página 32 deste e-book, elaborado por Sapeta (11), podemos observar as competências básicas do enfermeiro em CP. Sendo que as quatro componentes descritas são os pilares dos CP.

- Tendo em conta as competências acima descritas, poderemos considerar, entre outros aspetos, o respeito pela dignidade humana, o respeito pela autonomia e empatia. O enfermeiro deve dar ênfase e enfoque a todas as necessidades apresentadas pelo doente, aceitando a priorização das suas necessidades tal como o próprio descreve. Só assim irá conseguir prestar cuidados holísticos. Citando o Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 82º, alínea c), os enfermeiros têm a obrigação de "participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida".

Valorizar a vida e a qualidade de vida, passa muitas vezes por respeitar as opiniões e "os quereres" dos doente e dos seus familiares. Para Abiven (1), "convém deixar ao paciente um espaço de decisão, por muito estreito que seja, para preservar a existência da sua liberdade que está em jogo", nomeadamente quando se encontra numa situação paliativa, devendo "fazer o possível

para respeitar essa pouca autonomia e tentar seguir os desejos do doente, mesmo que isso provoque um acréscimo de trabalho ou nos pareça absurdo".

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (13), os enfermeiros são elementos importantes e indispensáveis nas equipas multidisciplinares que cuidam dos doentes terminais e dos seus familiares.

O CIE preconiza como objetivos principais:

Defender a participação do enfermeiro em abordagens multidisciplinares ao cuidado dos doentes terminais e respetivas famílias;

- Promover a integração dos seguintes aspetos na formação básica e pós-básica do currículo de enfermagem: aptidões na avaliação e gestão da dor, respeito pelos valores culturais, o direito dos doentes terminais tomarem decisões informadas, incluindo o direito a escolher ou a recusar o tratamento e o direito a uma morte digna;
- Prestar apoio aos enfermeiros que lidam com questões complexas relacionadas com a morte e o processo de morte;
- Encorajar os enfermeiros a prestarem cuidados compassivos durante a fase terminal da vida, a respeitarem os padrões éticos e as normas culturais na morte e no luto, considerar as necessidades dos membros da família em casa, no ambiente hospitalar, em serviços de cuidados paliativos, lares ou outros locais onde são prestados cuidados terminais;
- Promover cuidados de enfermagem que respeitem os princípios éticos e culturais da legislação nacional de enfermagem;
- Promover o envolvimento dos enfermeiros em discussões, políticas e legislação relacionadas com as questões da morte e do processo de morte, incluindo o cuidado dos doentes terminais e das respetivas famílias.

Tendo em conta os objetivos acima enunciados, irei descrever o trabalho que é realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos da área da grande Lisboa, a qual integro.

Atualmente as reuniões multidisciplinares são realizadas uma vez por semana, com a habitual presença do enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e assistente espiritual.

São momentos importantes, onde se discute o Plano Individual de Intervenção (PII) de cada utente, com os objetivos propostos para o internamento. Esta partilha é importante não só para o utente, para a família, bem como para os profissionais de saúde. Definem-se estratégias de abordagem de forma a alcançar os objetivos propostos, onde todas as dimensões são incluídas. Planeiam-se não só abordagens aos utentes e famílias (ex.: conferências familiares) mas também todo o tipo de atividades que concernem e que se traduzem numa mais-valia para a prática.

Na admissão de um utente e família, apresenta-se a instituição bem como a unidade, a filosofia da UCP, conhece-se o utente e a família. Nesta primeira abordagem percebemos o que sabem e o que querem saber sobre o seu estado de saúde, quais as suas expectativas, questiona-se os objetivos do internamento e o que esperam de nós enquanto equipa e agentes facilitadores neste processo (14).

Definem-se os problemas para posteriormente se dar resposta aos mesmos. Recorre-se a instrumentos de avaliação, nomeadamente a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), Palliative Performance Scale (PPS), Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). Para muitos autores, os sintomas devem ser avaliados de forma simples, tendo como base um instrumento de avaliação claro e simples de utilizar (15) (16). No entanto, devemos ter em linha de conta que os sintomas são algo subjetivo e experimentado de forma diferente para cada pessoa. Acarretam ainda uma maior subjetividade quando são expressados pelos cuidadores (17). Por isso, cabe aos profissionais uma contínua avaliação dos sinais e sintomas expressados pelos utentes e atuar. A atuação não passe apenas por medidas farmacológicas, mas sim por uma conjugação de farmacológicas e não farmacológicas. Para as

MESTRE LEONOR TEIXEIRA GIL

Enfermagem em Cuidados Paliativos: da Teoria à Prática

medidas farmacológicas e em caso de alguma agudização dos sintomas, de forma a dar uma resposta mais célere, a equipa criou um Protocolo de Intervenção, sendo que estão nele descritos os principais sintomas e as várias linhas de atuação, até à resolução da mesma.

No entanto, é importante referir que as medidas não farmacológicas também assumem um papel muito importante no controlo de sintomas, na qualidade de vida e promoção da dignidade. O enfermeiro assume um papel privilegiado porque acompanha o doente durante vinte e quatro horas e pode estabelecer com ele uma relação de maior proximidade, tornando-se num profissional essencial na avaliação, monitorização, controlo dos sintomas e promoção da qualidade de vida. Muitas vezes funciona como intermediário e agente facilitador entre o doente/família e a restante equipa. Por fim, não nos podemos esquecer do acompanhamento e do apoio à família ao longo do internamento, muitas vezes num processo contínuo de perdas e no luto.

O trabalho em cuidados paliativos, tal como já foi referido anteriormente, pressupõe uma equipa multidisciplinar e em que todos os elementos da equipa assumem o seu papel, sendo cada uma peça importante e indispensável. Contudo, podemos afirmar que os enfermeiros tem um papel fundamental na satisfação das necessidades físicas das pessoas com doenças crónicas, progressivas e incuráveis, na sua integração como um ser holístico no contexto de internamento, integrando todas as dimensões.

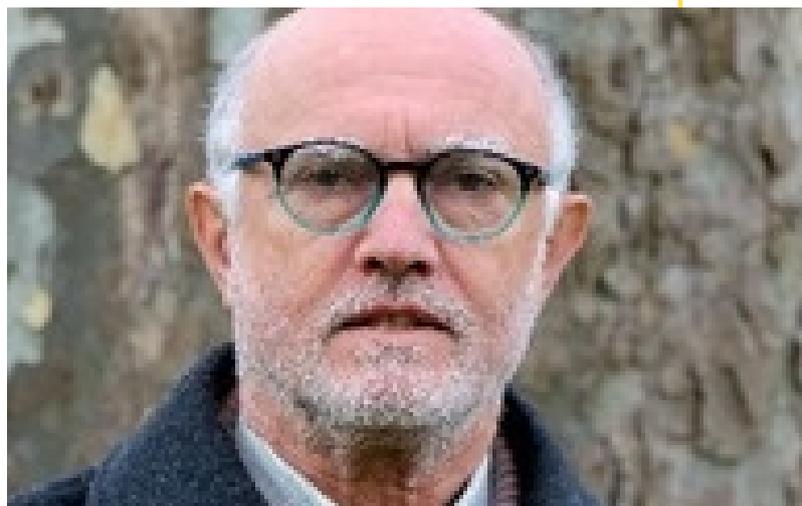


Quadro 1 - Competências básicas do Enfermeiro em Cuidados Paliativos (11)

COMUNICAÇÃO	CONTROLO DE SINTOMAS	CUIDAR A FAMÍLIA	TRABALHO EM EQUIPA
Reconhece as suas atitudes pessoais bem como os sentimentos, valores e expectativas em relação à morte e à diversidade individual, cultural e espiritual que existem ao nível das crenças e tradições	Usa instrumentos standardizados e cientificamente testados e validados, para avaliar sintomas (por exemplo: dor, dispneia, obstipação, ansiedade, fadiga, náuseas, vômitos e alterações cognitivas) experimentados pelos doentes	Conhece o sistema familiar: a sua composição, dinâmica e a força do vínculo relacional entre os seus membros e com o doente	Compreende os princípios da filosofia dos CP Reconhece o doente e a família como o centro dos cuidados
Demonstra respeito pelas perspetivas e desejos do doente durante a prestação de cuidados	Descreve os componentes sensoriais, cognitivos, afetivos e comportamentais na forma como os sintomas são percebidos (p.ex. dor)	Descreve e usa métodos para avaliar as necessidades psico-sociais e espirituais do doente e da sua família	Define CP como um processo de cuidados contínuo Discute a importância dos CP dentro do sistema de saúde
Aplica os princípios legais e éticos na análise de assuntos complexos inerentes aos cuidados na fase final da vida, reconhecendo a importância dos valores pessoais, dos códigos profissionais e das decisões do doente	Valoriza as múltiplas dimensões do sofrimento do doente, incluindo físicas, psicológicas, sociais e espirituais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida	Identifica os obstáculos e facilidades relativamente à mobilização de recursos para o doente e para o seu potencial cuidador	Descreve o papel da enfermeira em CP, como ativo, necessário e importante e parte integrante dos cuidados de enfermagem
Identifica os principais obstáculos e dificuldades de comunicação com o doente e família, em cada situação concreta	Assiste o doente, a família e os amigos, ajudando-os a lidar com o sofrimento decorrente dos sintomas e a otimizar a sua qualidade de vida	Identifica as necessidades durante o processo de perda e luto no doente e família	Descreve a ação de cada membro da equipa multidisciplinar e articula-se com cada uma
Demonstra capacidades de comunicação eficaz e empática com o doente, a família e a equipa de cuidados	Descreve e utiliza os métodos mais comuns no alívio de sintomas, farmacológicos e não farmacológicos, a sua eficácia e os efeitos colaterais	Oferece apoio apropriado ao doente e família no processo de perdas sucessivas e de luto	Trabalha de modo articulado e complementar com os restantes membros da equipa
Usa as perícias básicas da comunicação Atua como gestor/mediador da informação entre doente/família e a equipa multidisciplinar	Usa os resultados da avaliação dos sintomas e os conhecimentos atualizados nas abordagens tradicionais e complementares, para planear e intervir no alívio dos sintomas	Reconhece a importância da educação para a saúde, do doente e da família	Avalia necessidades do doente e família e distribui-as a outros membros da equipa
Faz gestão de sentimentos do doente e família, e entre eles	Avalia os protocolos de atuação em conjunto com os doentes e sua família	Adota estratégias de educação efetivas, junto do doente e da família	Implementa um plano de cuidados de qualidade, integrado num sistema de prestação de cuidados dinâmico e complexo
Adota técnicas de comunicação e de apoio emocional mais apropriadas na discussão de assuntos relacionados com o processo de morte, com o doente e a família	Reavalia e redefine objetivos a cada momento, em função da evolução da situação, da perceção e dos desejos do doente	Promove o autocuidado e a autonomia do doente e da família	Avalia as intervenções específicas de enfermagem, relacionando a teoria com a prática e os resultados de pesquisas Avalia os resultados do trabalho da equipa multidisciplinar

PROF. DOUTOR CARLOS SUBTIL

"Os Desafios para a Enfermagem à luz da Herança de Florence Nightingale"



2020 é o ANO INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO E DA PARTEIRA, declarado pela OMS que reconhece que os "enfermeiras e parteiras desempenham um papel vital na prestação de serviços de saúde. (...) dedicam suas vidas a cuidar de mães e filhos, vacinam e fazem educação para a saúde, cuidam de idosos e, em geral, atendem às necessidades diárias essenciais de saúde; costumam ser o primeiro e único ponto de atendimento nas suas comunidades"[1].

No dia 12 de Maio, nas comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro, a Ministra da Saúde Marta Temido expressou o seu agradecimento em nome do Governo, da República, e dos portugueses, aos enfermeiros que "têm sido a melhor garantia da continuidade dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares, nos domicílios aos doentes da rede nacional de cuidados continuados integrados, das linhas de saúde do SNS24 e também da visitação a lares e estruturas que foram construídas por necessidade destes tempos muitos exigentes". Referia-se à ocorrência da atual pandemia COVID 19, à escala global.[1]

No mesmo dia, o Presidente da República Portuguesa afirmou que o país "não precisou da pandemia para dever aos enfermeiros" e que a dívida de gratidão se expressa "mesmo quando partem para fora porque não encontram em Portugal as condições de trabalho que consideram ideais, mesmo quando há setores da opinião pública que não compreendem a saga dos enfermeiros". Isto é, através de dois órgãos de soberania do estado português, reconheceu-se que os enfermeiros são a ESPINHA DORSAL do SNS.

De forma sumária, pretendo destacar o que julgo ser mais relevante na herança de Florence Nightingale e que pode constituir um enorme contributo para os atuais desafios da enfermagem em termos do seu empoderamento como grupo profissional.

Atentemos o tempo e a circunstância de vida desta enfermeira à volta da qual se foram construindo mitos que é necessário desconstruir no sentido de lhe prestar uma justa homenagem como iconoclasta, muito mais que o ícone que dela quiseram fazer, através de estereótipos criados a partir de uma indústria biográfica que produziu, a partir de meados do século XIX, pequenas histórias para crianças e jovens sobre a "lady with a lamp" imortalizada no poema "Santa Filomena", de Henry Wadsworth Longfellow (1807-1882), um dos poetas americanos mais populares daquele século (Nelson, et al., 2010 p. 2)

A escrita da História tem as dificuldades inerentes à sua metodologia que se sustenta em factos com origem nas fontes, deixando ao historiador um certo espaço de liberdade na interpretação desses factos. Os biógrafos e historiadores sobre Florence Nightingale geraram uma grande polémica sobre a sua vida e obra, gerando correntes de mitificação e contracorrentes de desmitificação que, por sua vez, criaram novos mitos entre os quais Lynn Macdonald destaca quatro mitos: a sua responsabilidade pelas altas taxas de mortalidade na Guerra da Crimeia, a sua oposição à teoria dos germes, a dimensão doméstica dos cuidados de enfermagem por si preconizados e o baixo nível da Escola Nightingale (Macdonald, 2010 pp. 91-114).

PROF. DOUTOR CARLOS SUBTIL

"Os Desafios para a Enfermagem à luz da Herança de Florence Nightingale"

O CONTEXTO SOCIOCULTURAL DA ERA VITORIANA

Nascida em 1820, numa família tradicional e aristocrática inglesa, era mulher. E as mulheres, no quadro mental da época, estavam aprisionadas a questões de género que não podem ser mitigadas para se compreender as opções que fez. Esta questão foi tão importante no passado como é hoje, embora com novas roupagens e contornos que é necessário desocultar, para desvendar alguns impasses em que caiu a profissão. Viveu, pois, grande parte da sua vida na Era Vitoriana (1838-1901), uma era de prosperidade e paz, em plena "Revolução Industrial" sustentada numa brutal exploração do trabalho. Foi uma época de incremento do conhecimento em várias áreas: a Economia (Karl Marx, o capitalismo), a Psicologia (Sigmund Freud, a psicanálise, os sonhos e as estruturas da consciência) e a Biologia (Charles Darwin, "a origem das espécies).

Em 1848, FLORENCE NIGHTINGALE tinha 28 anos e foi fortemente influenciada pelo movimento e reformas sanitárias propostas por Edwin Chadwick, William Farr e outros reformadores da saúde pública e do Sistema de Saúde Inglês. Foi uma época de importantes descobertas para o desenvolvimento do higienismo, da saúde pública e da medicina. Pasteur, Lister e Kock faziam importantes descobertas no domínio da Bacteriologia e da Microbiologia e, de igual modo, criavam-se novas técnicas cirúrgicas e de anestesia. Com a realização da I Grande Exposição Mundial, em 1851, a Inglaterra passou a ser o "centro do mundo".

Mas o ambiente em que nasceu, cresceu e viveu FLORENCE NIGHTINGALE foi marcado por rígidos costumes, moralismo social e sexual e fundamentalismo religioso. Note-se que estava em curso um forte movimento a favor do abolicionismo da escravatura; o Projeto de Reforma de 1832 tinha sido o ponto de partida para a agitação sufragista das mulheres inglesas; os movimentos feministas a favor da igualdade de género ganhavam cada vez força porque a sua instrução era objeto de disputa entre os poderes da Igreja e do Estado. Os níveis de escolaridade das mulheres eram muito baixos. A mulher, pelo casamento, perdia a sua individualidade e só em 1870 é que é reconhecida personalidade jurídica à mulher casada. Até então, o marido era responsável pela esposa e era ele que orientava todo o seu comportamento, a mulher era despojada de qualquer direito sob os filhos e submetida à chantagem do marido. Ao homem era tolerado o adultério, a bigamia, o incesto, o rapto e a violação de mulheres. Era frequente o tráfico e lenocínio, o aborto e o infanticídio. Num ambiente em que a religião organizava a vida das pessoas, é compreensível que Florence Nightingale tenha tido, aos 17 anos, um "chamamento de Deus" para fazer o bem. Florence Nightingale escolheu um de dois caminhos possíveis: ou se assujeitava ao casamento e o seu futuro seria muito previsível ou assumia uma rutura com os pilares da moral dominante, os bons costumes e a tradição, a favor duma causa que tinha um valor simbólico muito forte, a proteção dos mais pobres e desfavorecidos. Ora, FLORENCE NIGHTINGALE era uma rapariga instruída e atenta, entre outras qualidades que já possuiria e que se viriam a manifestar mais tarde.

Em boa verdade, Florence Nightingale foi uma iconoclasta que desafiou o quadro mental da sua época e os padrões estabelecidos, fazendo uso da sua condição social, da possibilidade de acesso à informação e das novas ideias nos domínios político, científico e social mas, sobretudo e também, dessas suas capacidades individuais e recusa da condição feminina a que seria submetida se mantivesse o comportamento esperado para as mulheres do seu tempo e condição.

PROF. DOUTOR CARLOS SUBTIL

"Os Desafios para a Enfermagem à luz da Herança de Florence Nightingale"

Se foi um apelo de Deus ou inspiração nos princípios cristãos de dedicação aos pobres e desprotegidos são hipóteses interpretativas que têm alimentado polémicas que nos desviam da questão central e que deu consistência ao caminho que encontrou para se afirmar e realizar o seu ideal como pessoa. E fê-lo de forma soberana, criando condições para um processo que viria a ter grande impacto social, isto é, o processo de profissionalização de um trabalho socialmente desqualificado, considerado doméstico e naturalmente associado à condição feminina, isto é, os cuidados de enfermagem relacionados com a promoção da saúde e da vida e de assistência nos processos de doença desde o nascimento até à morte.

O ESCOL NIGHTINGALE

Também por isso, Florence Nightingale foi e é uma figura grande que deve ser comemorada. Mas deve acrescentar-se que a sua opção não foi original. Já antes, outras mulheres suas coevas, terão assumido essa rutura e feito uma escolha que, mais tarde, viria a ser seguida por outras mulheres, noutros países e pelo mundo. Tal como ela, muitas outras enfermeiras, na Europa, na América Latina, nos Estados Unidos e no mundo inteiro tiveram papel de relevo no desenvolvimento da profissão e própria Florence Nightingale teria ficado muito orgulhosa de saber que a sua obra foi continuada, se lhe fosse possível adivinhar o futuro. Uma menção a Dorotea Lynda Dix (1802-1887), Clara Barton (1821-1912), Linda Richards (1841-1930), Edith Cavell (1865-1915) e Virginia Henderson (1897-1956).

No caso português, por uma plêiade de mulheres da "alta sociedade", que abraçaram a enfermagem e criaram, umas, a "Cruzada das Mulheres Portuguesas" para a assistência aos soldados na 1ª. Guerra Mundial, de orientação republicana onde se alistaram e tiveram relevante papel três filhas de Bernardino Machado, então Presidente da República, outras, as "Damas Enfermeiras da Cruz Vermelha Portuguesa" das quais refiro, entre muitas outras, Maria Antónia Pereira Pinto, intrépida e bem instruída mulher que sabia negociar com os homens de poder das forças aliadas, sem depender da aprovação lenta e, por vezes mesquinha, dos políticos nacionais que não parecia fazerem a vida fácil a estas damas enfermeiras oriundas da monarquia e da Igreja. Ana Guedes da Costa e Palmira Tito de Morais são dois vultos grandes da enfermagem portuguesa cujas vidas se inspiram no exemplo de Florence Nightingale (Freitas, 2012)[1].

Florence Nightingale deve ser comemorada como uma enfermeira que inaugurou uma nova etapa no desenvolvimento da profissão, que beneficiou e soube aplicar à Enfermagem o novo conhecimento que estava a ser produzido.

A HERANÇA DE FLORENCE NIGHTINGALE E DESAFIOS ATUAIS

Passando ao lado da sua extensa biografia e bibliografia, realço o que mais me impressiona na sua personalidade e os campos da sua ação, isto é, aquilo que considero ser a sua mais valiosa herança. Antes de mais e corroborando Manuel Lopes (Lopes, 2012), é de realçar a sua sagacidade política, uma dimensão estruturante da sua personalidade que hoje designaríamos por competência política. Trata-se da sua capacidade para observar e analisar as situações e os problemas, definir objetivos e estratégias, falar e negociar com as pessoas certas, sabendo transigir naquilo que não é essencial, ser perseverante e não desistir, saber mobilizar a opinião pública, ser astuta, saber fazer pressão, arranjar maneira de colocar os problemas na agenda dos decisores políticos, saber argumentar e influenciar a tomada de decisão a nível local, regional e nacional no que se refere às políticas e aos cuidados de saúde, uma competência que decorre do seu compromisso social.

**PROF. DOUTOR CARLOS
SUBTIL**

"Os Desafios para a Enfermagem à luz da Herança de Florence Nightingale"

Esta competência inclui várias áreas, desde logo os vários poderes dentro da própria profissão (hierarquias no local de trabalho, sindicatos e associações profissionais), as relações interpares, a forma como se gere o conhecimento e a informação, a conceção ideológica em que filia a sua prática profissional e como se lida com outras ideologias profissionais.

Quanto aos campos de intervenção de Florence Nightingale que continuam a ser pertinentes para a enfermagem, destaco três áreas que devem permanecer na agenda da atual e das futuras gerações de enfermeiros: i) a formação, hoje com novas questões; ii) a prática de cuidados de qualidade e as condições de trabalho dos enfermeiros e iii) o papel dos enfermeiros nos sistemas de saúde, na promoção da saúde e nos cuidados de saúde primários.

No âmbito destas jornadas, vou referir-me à segunda questão, à prática de cuidados de qualidade e às condições de trabalho dos enfermeiros, manifestando algumas inquietações para reflexão. Ressalvando a distância histórica do quadro social, político e cultural da época, as mudanças profundas que se têm verificado na prestação de cuidados de saúde desde o século XIX, o avanço das ciências e do tratamento médico, algumas das advertências de Florence Nightingale acerca da natureza e da essência dos cuidados de enfermagem mantêm-se atuais.

No prefácio de Notas sobre a Enfermagem: o que é e o que não é", a sua obra mais divulgada, Florence Nightingale destaca o valor dos cuidados de enfermagem ao concluir que "a doença nem sempre é a causa dos sofrimentos que a acompanham [porque] se o doente sente frio, se apresenta febre, sofre desfalecimentos, se se sente mal após as refeições ou, ainda, apresenta úlceras de decúbito, geralmente não é devido à doença mas aos cuidados de enfermagem" (Nightingale, 2005 p. 20).

A propósito do dilema da enfermagem americana, a historiadora Suzan Reverby, citada por Nelson e Rafferty, refere que "os enfermeiros estão mandatados para cuidar numa sociedade que não valoriza os cuidados" (Nelson, et al., 2010 pp. 6-7). Em boa verdade, o estatuto profissional dos enfermeiros atribui-lhes o mandato social para a prestação de cuidados de enfermagem, cuidados que são, socialmente, considerados o ADN da enfermagem e muito apreciados quando as pessoas e as famílias precisam desses cuidados, considerando-os fundamentais nos processos de cura e em situações críticas para a saúde pública como a atual pandemia. Apesar deste reconhecimento social, confirmado pelos discursos políticos laudatórios que referi no início, paradoxalmente, esses mesmos cuidados são desvalorizados ao não serem atendidas condições de trabalho e de remuneração compatíveis com o valor reconhecido, ressuscitando ou mantendo estereótipos relacionados que desqualificam o trabalho feminino e impedem a autonomia e a recomposição da identidade profissional.

Na atualidade, há três áreas da prática dos cuidados de enfermagem que vêm suscitando reflexões e controvérsias desde finais do século passado: a fragmentação e a transferência de cuidados de enfermagem e de saúde, o uso da informática e novas tecnologias (robótica e inteligência artificial) e a interdisciplinaridade, áreas que se constituíram no nó górdio do pensamento de Florence Nightingale acerca dos cuidados globais, da observação e registos e do trabalho em equipa. São áreas cuja discussão se mantém atual e que ganham cada vez mais acuidade face às conceções neoliberais sobre o trabalho e o uso crescente das novas tecnologias de informação e inteligência artificial que invadiram o campo da saúde. São temas que devem suscitar a reflexão da atual e próximas gerações de enfermeiros.

PROF. DOUTOR CARLOS SUBTIL

"Os Desafios para a Enfermagem à luz da Herança de Florence Nightingale"

O paradigma do CUIDAR, enquanto necessidade intemporal da Humanidade, é um desafio exclusivo da enfermagem ou é comum ao conjunto das diferentes profissões da saúde, tal como é reclamado pelo grupo profissional dos médicos a quem tradicionalmente lhe é atribuída uma função curativa e reparadora e pelo grupo dos auxiliares em quem os enfermeiros têm vindo a delegar certas dimensões dos cuidados de enfermagem, vulgo "tarefas"? Por outro lado, o cenário dos cuidados está a mudar, com a transferência de cuidados hospitalares para a comunidade (unidades de cuidados continuados e domicílio), ficando reservadas para o hospital os casos graves e agudos; prefigura-se um novo contexto de cuidados, a casa-hospital. O uso crescente das novas tecnologias (robótica e inteligência artificial) pode libertar e dar mais qualidade e rigor a certas tarefas do enfermeiro, mas, ao mesmo tempo, esvazia-os de procedimentos que tradicionalmente lhes eram atribuídos. De que forma estão os enfermeiros a conciliar o seu uso com o perfil de competências descritos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e os padrões de qualidade dos cuidados gerais ou especializados?

A par disto, que dizer dos enfermeiros que decidem ou permitem que algumas dessas funções mais simbólicas e identificadas com a satisfação das necessidades humanas básicas sejam delegadas nos auxiliares, nomeadamente os cuidados relacionados com a higiene e a alimentação?

Que ganhos e perdas há neste processo de transferência de cuidados devido à inovação tecnológica e à delegação de cuidados "menores"?

Estarão estes cuidados a perder o seu significado e valor como momento privilegiado para uma interação humanizada e terapêutica junto de quem precisa de ser cuidado?

Ainda faz sentido falar em "cuidados invisíveis", dificilmente quantificáveis para definir dotações de pessoal, mas imprescindíveis para a qualidade dos cuidados, para o bem-estar e a dignidade humana?

Os enfermeiros criaram e desenvolveram uma Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde criaram o SClínico Hospitalar, o SClínico - (CSP) e todas uma panóplia de aplicações informáticas cujo valor e objetivos são discutíveis sob diversos pontos de vista, para além absorverem tempo e trabalho do enfermeiro. Estas novas ferramentas informáticas poderão servir para evidenciar ganhos em saúde e para a contabilidade e gestão dos serviços de saúde, mas não poderão transformar-se numa falácia? Um padrão de cuidados pré-definido (output do computador) deve estruturar a intervenção do enfermeiro? Carregar informação acerca do doente e confiar que "um algoritmo" indique um diagnóstico ou conjunto de diagnósticos, poderá ser facilitador para alguns enfermeiros, mas não poderá ser um caminho perigoso para outros, deixando pouco espaço para o juízo clínico?

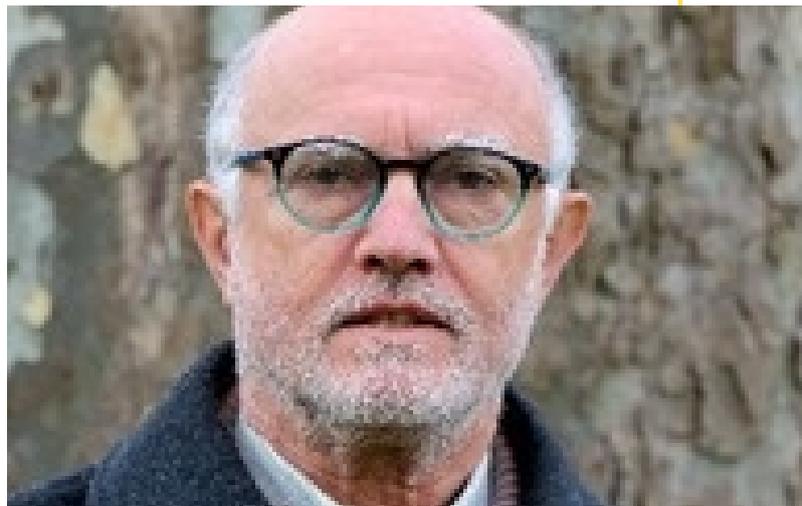
Por outro lado, a crescente complexidade das situações de saúde e doença, exigem uma abordagem interdisciplinar, que extravasa a área da saúde, obriga ao trabalho em equipa e à utilização da criatividade para contornar obstáculos internos e externos à organização onde os profissionais desenvolvem a sua atividade.

De que forma estão os enfermeiros a dar resposta à persistência ou emergência de velhas conceções que conferem ao saber médico um carácter de saber central que converte em saberes periféricos os outros saberes profissionais, incluindo o da enfermagem?

Serão capazes os enfermeiros de afirmar um desempenho mais autónomo, polivalente e flexível, de gerir equipas multidisciplinares, de favorecer o empoderamento dos cidadãos nas tomadas de decisões em saúde, de promover os direitos e deveres do cidadão, de lidar positivamente com a diversidade, a diferenciação e o multiculturalismo?

PROF. DOUTOR CARLOS SUBTIL

"Os Desafios para a Enfermagem à luz da Herança de Florence Nightingale"



Referências Bibliográficas:

Freitas, Marília Pais Viterbo de. 2012. Vidas de Enfermeiras. Lisboa : Lusociência, 2012.

Lopes, Manuel. 2012. Florence Nightingale. Algumas reflexões. [autor do livro] Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje.100 anos. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.

Macdonald, Lynn. 2010. Mythologizing and De-Mythologizing. [autor do livro] Sioban Nelson e Anne Marie Rafferty. Notes on Nightingale. New York : Cornell University Press, 2010.

Nelson, Sioban e Rafferty, Anne Marie. 2010. Notes on Hightingale. New York : Cornell University Press, 2010.

Nightingale, Florence. 2005. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Loures : Lusociência, 2005.

ENF.^a INÊS MANUEL E ENF. DANIEL TORRES

Enfermagem na Guatemala: Uma Outra Realidade



A oportunidade de viajar para a Guatemala, durante o período de 3 meses, conhecer uma nova cultura, um estilo de vida muito diferente do que estávamos habituados, trabalhar com voluntários de outras nacionalidades e com métodos de trabalho distintos, exercendo a enfermagem sem os recursos e facilidades que até então tomávamos como garantidos, permitiu-nos observar uma outra realidade do mundo em que vivemos. A experiência, as pessoas, as diferenças e os desafios que tivemos de superar, ajudou-nos a crescer, tanto na vertente profissional como na vertente pessoal, permitiu-nos adquirir novos valores, sentimentos, conhecimentos e métodos de trabalho. São estas aquisições e vivências, que muita diferença fizeram na nossa vida, que pretendemos evidenciar nesta partilha. Pretendemos expor todo o carinho que temos pelo projeto e pelo país e “alimentar” a vontade de missão presente em todos.

A Guatemala é um país localizado na América Central, limitado pelo México (Norte e Oeste), Belize e Honduras (Este), El Salvador (Sul), além de ser banhado pelo Oceano Pacífico e Oceano Atlântico. A sua população total é de cerca de 17 milhões de habitantes.

Este país engloba o principal centro da civilização Maia, a sua população mantém essas tradições marcadas na sua cultura atualmente, sendo 41,1% da população de origem indígena. A sociedade guatemalteca, desde a conquista espanhola, está dividida em dois grupos: os descendentes de Espanhóis, essencialmente urbanos; os indígenas de origem Maia, que vivem em extrema pobreza principalmente elevadas nas terras pouco férteis e distantes das cidades.

O país enfrenta estatísticas nacionais aterrorizadoras:

- 53,7% está abaixo do limiar da pobreza, o que leva à criminalidade nacional, sendo considerado um dos países mais perigosos do mundo devido ao seu índice de criminalidade bastante elevado;
- 1/3 das mulheres casam-se com menos de 18 anos, tendo em média 3 filhos;
- Taxa de mortalidade de menores de cinco anos corresponde a 26.2 em cada 1.000 nados vivos;
- Apenas 38% da população possui serviço de controlo de água de forma segura;
- Metade das crianças não chegam a receber nenhum tratamento em episódios de diarreia aguda;
- Os preços dos cuidados de saúde são muito inflacionados: um tratamento com Ceftriaxone IM custa metade de um salário mínimo nacional. (Unicef, 2020)

O sistema de saúde deste país é precário, focando-se maioritariamente nas zonas urbanizadas e nas grandes cidades. É sustentado, essencialmente, através dos gastos diretos das próprias famílias, que financiam o sistema com aproximadamente 50% dos seus rendimentos e recursos próprios em gastos em saúde, o que leva muitas a situação de pobreza. Isto deve-se à falta de proteção financeira e à impossibilidade/ dificuldade em beneficiarem de um seguro de saúde (Lavarreda, 2019).

Os postos de saúde mais próximos das populações rurais têm dificuldades na manutenção e obtenção de medicamentos, equipamentos médicos e profissionais de saúde

que consigam dar assistência a toda a população, que geralmente não correspondem ao rácio de profissionais por habitante, sendo dificultada a prestação de cuidados de saúde e assistência a toda a população, acabando por serem deixadas para segundo plano as populações mais rurais e mais vulneráveis.. Posto isto, a medicina tradicional acaba por ser muito difundida e muitas vezes a solução para o difícil acesso a cuidados de saúde, que por vezes acaba por contribuir para o agravamento de algumas situações, podendo até levar à morte.

Estes têm sido um dos maiores desafios que o país tenta enfrentar (Lavarreda, 2019).

É importante destacar que a Guatemala, é um caso atípico relativo ao índice de crescimento infantil, segundo o último estudo de 2014, 46,5% das crianças com menos de 5 anos de idade apresentavam um atraso no seu desenvolvimento infantil, colocando o país na 6ª pior posição mundial relativa a este índice; concomitantemente ¼ das crianças já tem anemia, evidenciando a longo prazo sérias complicações no desenvolvimento cognitivo e físico (Lavarreda, 2019). Alguns motivos causadores destes números alarmantes, são o facto de as crianças nascerem sem cuidados de saúde e sem observação materna durante a gestação, que posteriormente não irá ser compensado com a fraca alimentação rica em milho e feijão. Os índices demográficos deste país com 17 milhões de pessoas são assustadores e por esse motivo mereceram destaque para várias organizações internacionais, incluindo a Health & Help.

ENF.^a INÊS MANUEL E ENF. DANIEL TORRES

Enfermagem na Guatemala: Uma Outra Realidade

Health & Help é uma organização sem fins lucrativos criada em 2015 na Rússia, que oferece assistência médica em zonas com recursos económicos limitados em países em desenvolvimento, com o principal objetivo de tornar o mundo melhor fornecendo recursos e acesso a cuidados de saúde sem discriminação de cor, género, nacionalidade, religião e estatuto financeiro.

Após vários estudos epidemiológicos, e por falta de apoio na América Central, acabaram por se focar nesta zona mundial; abrindo a sua primeira clínica na Guatemala em 2017 e a segunda clínica, no Nicarágua em 2019.

A clínica da Guatemala está localizada numa zona montanhosa no país e distante da capital, Momostenango, onde os habitantes locais são maioritariamente descendentes de indígenas, onde a sua principal atividade é a agricultura.

A clínica funciona em cuidados ambulatoriais 8 horas por dia e 6 dias por semana, no entanto está sempre aberta para emergências, 24 horas, 7 dias por semana, 365 dias por ano.

Esta organização funciona graças ao trabalho de voluntários e graças à ajuda de doações, tanto monetárias como materiais. No total, até à data, já colaboraram com a HE&HE cerca de 150 voluntários de todo o mundo, sendo a maioria europeus e Norte- de 20 000 utentes, sendo atendidos diariamente cerca de 50 doentes. Neste local são realizados vários tipos de consultas (adulto e idoso, infantil, Planeamento familiar), prescrições terapêuticas e fornecimento de medicamentos, pequenas cirurgias, exames



ginecológicos exames complementares de diagnóstico (ecografia e eletrocardiograma). Os cuidados prestados pelos voluntários na clínica abrangem cerca de 20 mil pessoas, no entanto existem vários membros de populações mais longínquas que viajam de outros distritos para serem observados na clínica.

Tendo em conta as necessidades e indicadores de saúde da Guatemala, referidos inicialmente, a organização Health & Help foca-se em quatro grandes focos de melhoria, através dos cuidados prestados na clínica, são eles:

- A luta contra a desnutrição infantil: através do fornecimento de suplementos alimentares, vitaminas, medicamentos antiparasitários e através da capacitação parental sobre os cuidados básicos de higiene, nutrição e cuidado à criança.
- A luta contra diabetes: através da realização de consultas mensais de controlo da doença, do fornecimento de glicómetros e medicação antidiabética (maioritariamente oral) e através da capacitação das famílias e doentes sobre a doença e o impacto que o estilo de vida (nomeadamente a alimentação) têm sobre a doença/ saúde.
- Planeamento familiar e controlo da gravidez: este objetivo foca-se no seguimento da gestação (consultas de gravidez), controlo da natalidade (distribuição de anticonceção), na prevenção de IST's, no Empoderamento feminino e no acompanhamento de problemas de fertilidade, auxiliando as mulheres a tomar as suas decisões.

ENF.^a INÊS MANUEL E ENF. DANIEL TORRES

Enfermagem na Guatemala: Uma Outra Realidade

- Nutrição saudável e higiene básica; fornecendo informações sobre os cuidados a ter na forma de se alimentarem e cuidarem do seu corpo.

Com esta partilha, pretendemos evidenciar as realidades disparelhas relativas aos cuidados de saúde e relativas aos cuidados de enfermagem que existem noutras partes do mundo, onde os países ainda estão subdesenvolvidos, especificamente na América Central, zona por vezes desvalorizada quanto ao nível de apoio que necessitam.

O choque dos cuidados de enfermagem prestados nestas realidades é grande e a disponibilidade/ existência de recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros é reduzida pelo que não se consegue dar resposta a todas as necessidades, como referimos anteriormente, que o país enfrenta.



Título do Poster: "Um Olhar Sobre a Queda" - Protocolo de Prevenção de Quedas em Pediatria

Autores: Alexandra Margarida Ribeiro Brás 1; Patrícia Cláudia Nascimento 2; Elisabete Maria Garcia Teles Nunes 3

1- Mestre em Enfermagem, Enfermeira no Hospital Vila Franca de Xira, serviço de Pediatria – Vila Franca de Xira
2- Mestre em Enfermagem, Enfermeira no Hospital Vila Franca de Xira, responsável pelo serviço de Pediatria – Vila Franca de Xira – Portugal;
3- Doutora em Enfermagem; Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Lisboa - Portugal

Introdução: As unidades hospitalares têm o dever de prevenir e eliminar danos e não-maleficências, sendo responsáveis pela segurança das suas instalações devendo por isso criar um ambiente adequado à idade e desenvolvimento dos seus clientes. A queda é definida como um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente no chão ou num outro nível mais baixo, não sendo dada a relevância à ocorrência de lesão ou não. A maioria das destas, podem ser prevenidas e, esta prevenção é um foco sensível aos cuidados de enfermagem.

Nas estratégias utilizadas devem ser abrangentes e multifacetadas, enfatizando a educação, formação, criação de ambientes seguros, dando prioridade à investigação relacionada com a queda, e à definição de políticas eficazes para redução do risco. Uma correta intervenção, baseada em boas práticas, exige recorrer a instrumentos de avaliação do risco de quedas a

todas as crianças, com os seguintes objetivos: identificar o nível de risco; atuar consoante o nível de risco; prevenir possíveis quedas, aumentando assim segurança.

Objetivo: Desenvolver um projeto de intervenção que visa a prevenção de quedas de crianças em ambiente hospitalar, com intervenções baseadas na evidência científica.

Método: Metodologia projeto, tendo por base um problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução

Resultados: O projeto concretizou-se através da criação de um protocolo de prevenção de quedas de crianças em ambiente hospitalar, contemplando a formação dos profissionais e sua avaliação, as intervenções de enfermagem de prevenção, de acordo com o grau do risco identificado pela escala Humpty Dumpty e com o recurso a diferentes metodologias de educação das crianças/familiares, e intervenções após ocorrência de uma queda.

Conclusão: Uma política de prevenção de quedas pediátricas e um programa adequado a cada criança/unidade, aumenta a consciencialização da equipa multidisciplinar/família e diminui assim a taxa de queda, melhorando a segurança e a qualidade do atendimento prestado.

Descritores: queda; prevenção; enfermagem pediátrica; Humpty Dumpty Falls Scale

Referências bibliográficas: Almeida, R, Abreu, C. & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Revista de Enfermagem Referência, dez. 2, 163-172.

·Brás, A. M. (2019). Promoção da Saúde: Intervenção do Enfermeiro na Prevenção dos Acidentes em Crianças (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.

·Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, MA. (2010) Metodologia Projeto:

Coletânea descritiva de etapas. Percursos. Jan-Mar. 15

· Hill-Rodriguez, D., et al 2009). The Humpty Dumpty Falls Scale: A case-control study. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 14(1):22-32. Doi: 10.1111/j.1744-6155.2008.00166. x.

·Organização Mundial de Saúde (2008). Word Report on

Child Injury Prevention. Genebra: OMS. Acedido a 24-04-2018. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf;jsessionid=CC48F22D29CD9FA0A007F7D6CA5EDDDD?sequence.

Título do Poster: "A administração de medicamentos na prática de enfermagem: uma perspectiva da segurança do paciente"

Autores: Andréia Guerra Siman 1, Amanda Tamires Drumond Vilas Boas Tavares 2, Simone Grazielle Silva Cunha 3, Luciene Muniz Braga 4

1)Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Enfermagem e Medicina, Minas Gerais, Brasil, ago@ufv.br, 55 31 988251510

2)Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem, Minas Gerais, Brasil.

3)Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada, Minas Gerais, Brasil.

4)Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem, Minas Gerais, Brasil.

Introdução: No Brasil foram registrados, em 2017, 20637 casos de intoxicação humana por medicamentos, desses 1.392 casos foram devido a erro de administração de medicamentos (SINITOX, 2017). O uso da medicação visa contribuir com a estabilização e a melhora do quadro clínico do paciente, entretanto, podem ocorrer falhas e erros multifatoriais (Medeiros et al., 2020). Nesse sentido, a equipe de enfermagem tem o papel crucial na prevenção dos erros, pois é ela que prepara e administra os medicamentos, o que exige plano de prevenção e segurança do paciente. Contudo, o trabalho da enfermagem é permeado por desafios como a sobrecarga de trabalho, falhas associadas a estrutura física e materiais, e interrupções frequentes.

Diante disso, indaga-se: Como ocorre a prática de administração de medicamento pela equipe de enfermagem?

Objetivo: Compreender a prática de administração de medicamentos com vistas à segurança do paciente em uma unidade de internação.

Método: Estudo de caso qualitativo, realizado em uma unidade de internação de um hospital público de Minas Gerais, Brasil. Os participantes foram dois enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem. Os critérios de inclusão foram: equipe de enfermagem, com vínculo empregatício superior ou igual a um ano. Foi excluído um participante que se recusou a participar da pesquisa. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2017 por meio de entrevistas e observação com registro em diário de campo. A análise dos dados foi por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011). O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa de Universidade Federal de Viçosa sob o nº de parecer. 1.512.189.

Resultados: Por meio da análise emergiu a categoria: "Práticas de administração de medicamentos: aspectos que acentuam os riscos". A observação permitiu visualizar situações no ambiente de trabalho que propiciava os erros como prescrição ilegível, complexidade do setor, deficiências na formação ou capacitação profissional, falta de atenção, conversa paralela durante a prática de administração de medicamentos, grande número de acadêmicos, internos, residentes e estagiários da área da saúde, dispensação errada de medicamentos. Alguns depoimentos: "Você olha dez pacientes. Então, você tem que ter muita atenção, se não tiver, você faz coisa errada mesmo." (T2) "Eu acho que é um pouco assim, falatório de colegas, brincadeira indevida, principalmente na hora que está separando o remédio, acho que deveria ter menos conversa, fazer mais silêncio, respeitar o horário do remédio." (T5). Foi observado que os medicamentos são dispensados para a enfermagem por meio da farmácia pelo método de dispensação única (para 24 horas da medicação), não era realizado um controle das medicações que não foram administradas, podendo propiciar ao erro. Outras práticas que acentuam o risco: medicamentos preparados que ficam por horas no posto de enfermagem até o momento da administração, a não realização das técnicas assépticas durante o preparo, como a falta da higienização das mãos, não realização de

desinfecção com álcool 70% das bandejas e ampolas, uso da mesma agulha no preparo de medicamentos diferentes. Foi evidenciado a ocorrência de erros de dosagem, dispensação errada pela farmácia, erro de horário, omissão da dose, e a não orientação para o paciente sobre sua terapia medicamentosa. O local de preparo de medicamentos também era utilizado para dar orientação aos pacientes, familiares, troca de plantão e comunicação entre a equipe, o que pode favorecer ao erro.

Conclusão: Conclui-se a prática de administração de medicamentos na unidade de internação estudada é permeada por falhas, e que o trabalho do enfermeiro é fundamental para desenvolver a organização do ambiente, realizar educação e comunicação com a equipe e farmacêuticos em busca de melhorar o processo de administração de medicamentos, visando a segurança do paciente.

Descritores: Segurança do paciente; Assistência à Saúde; Erros de Medicação.

Referências Bibliográficas: Bardin, L.(2011). Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70.
·Júnior, M. A. P. R., Fontes, F. L. de L., Pinho, L. F., Santos, S. L. dos, Santo, I. M. B. do E., Queiroz, B. F. S. de, ... Araújo, L. V. (2019). Desafios e perspectivas para a administração segura de medicamentos pela Enfermagem. Rev Eletrônica Acervo Saúde, (25), e452. <https://doi.org/10.25248/reas.e452.2019>
·Medeiros, C. B.; Andrade, M. T., Barros, M. F., Teles, J. H. F. S., Khouri, A. G., Costa, A. C., ... Souza, A. P. S. (2020). Erros de medicações em hospitais no Brasil. Rev Eletrônica Acervo Saúde, 3(1), 83-89. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/rrsfesgo/article/view/8086>
SINITOX. Sistema Nacional de Informações tóxico-farmacológicas. (2017). Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância. Brasil. Disponível em: https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Brasil6_1.pdf

Título do Poster: "A Enfermagem e a Cultura Empreendedora: Novos Campos de Cuidado"

Autores: Caroline Nascimento de Souza¹, Juliana Maria Bello Jastrow¹, Larissa Chagas Suhett¹, Larissa Zuqui Ribeiro¹, Laís Lopes Gonçalves¹, João Nascimento Palaoro¹, Alessandra Aparecida de Saldes², Italla Maria Pinheiro Bezerra³

1 Discentes da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES –EMESCAM

2Discente da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

3 Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES –

EMESCAM. Vitória Correspondência:
caroline_nascimento27@hotmail.com (+55 027 9.9745-2781)

Introdução: O termo "empreendedorismo" surgiu por volta do século XV através das palavras francesas *entrepreneur* (empreendedor) ou *entreprendre* (empreender). Na Enfermagem, o empreendedorismo mostra-se evidente desde o século XIX, por meio da atuação pioneira de Florence Nightingale, no cuidado aos soldados durante a Guerra da Criméia e da fundação da escola de enfermagem no Hospital Saint Thomas, dando início às bases científicas da profissão. Outros exemplos de figuras empreendedoras na Enfermagem são: Anna Nery, que atuou no cuidado aos feridos na Guerra do Paraguai, e Wanda de Aguiar Horta, a primeira teórica brasileira da profissão. No contexto contemporâneo, o empreendedorismo na enfermagem é importante para a ampliação da visibilidade e consolidação da profissão como ciência, tecnologia e inovação nos mais diversos cenários e campos de atuação. Só assim, a sociedade poderá conhecer os avanços da profissão, por meio de sua missão social dos ganhos em saúde. A aproximação ao conceito de empreendedorismo, portanto, orienta a promoção de visibilidade social da enfermagem, bem como o alcance de novos patamares de desenvolvimento profissional aos enfermeiros. Apesar da importância do empreendedorismo na enfermagem, esse tema ainda é pouco discutido na literatura. Isso sinaliza a necessidade de

ampliar as discussões sobre o conceito de empreendedorismo na enfermagem e conhecer quais as tipologias, áreas e/ou setores de atuação encontram-se os enfermeiros empreendedores.

Objetivo: Compreender o processo de construção da autonomia do enfermeiro como profissional liberal, para o desenvolvimento de uma atitude empreendedora.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Brasil – BVS durante o mês de julho de 2020. Para a busca utilizou-se os descritores baseados no Decs, e assim montou a estratégia de busca: *entrepreneurship AND nursing AND caution*. Os critérios de inclusão foram: Artigos completos disponíveis, idioma português, ano de publicação entre 2015 a 2019. Foram excluídas teses, dissertações e revisões de literatura.

Resultados: Foram encontrados sete artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e da leitura de títulos e resumos, posteriormente realizando-a de forma completa, resultou-se em um total de quatro artigos analisados. Os artigos analisados expõem que por conta das rotinas que lhe são impostas, muitos enfermeiros ainda não conseguem vislumbrar o empreendedorismo como algo palpável no seu dia-a-dia, demonstrando um distanciamento com os conceitos relacionados, muitas vezes sem ter o conhecimento, de facto, do que significa. Para que seja possível aproximar a enfermagem da inovação e do empreendedorismo, é fundamental que o enfermeiro, se visualize neste cenário e tenha interesse por ele, colocando em prática atitudes criativas e inovadoras. Para inovar, não necessariamente as ideias precisam ser inéditas, mas sim, adaptadas à realidade que serão operacionalizadas, para que consigam resultados positivos. Considerações finais: Com isso, concluiu-se que o empreendedorismo é de suma importância dentro da enfermagem, pois tal cenário faz com que a profissão tenha uma maior visibilidade e que seja consolidada como ciência, tecnologia e inovação. O empreendedorismo na enfermagem é algo ainda pouco discutido, sendo assim, é necessário a inserção dessa discussão na

formação do profissional desde o ensino acadêmico mostrando como o enfermeiro pode exercer suas atividades no meio do empreendedorismo e as áreas e/ou setores de atuação que se encontram os enfermeiros empreendedores. Além disso, é essencial que os enfermeiros já formados obtenham um incentivo nesse ramo, objetivando o desenvolvimento de um perfil empreendedor e uma visão além da atuação na área hospitalar e na atenção primária como exclusiva da enfermagem.

Palavras-chaves: Nursing; Entrepreneurship; Innovation; caution.

Referências Bibliográficas: Lima, K. F. R., Pinheiro, A. S., Silva, P. L. D., Cavalini, A. F. M., Bispo, A. D. S., Andrade, A. D. C., & Medeiros, J. S. D. (2019). Perfil empreendedor do enfermeiro: contribuição da formação acadêmica. *Rev. enferm. UFPE online*, 904-914.

·Silva, E. K. B., da Silva Junior, J. N. O., Neto, N. M. G., da Costa, L. S., Rodrigues, K. F., & Alexandre, A. C. S. (2019). Arte e ciência do cuidar: alteridade, estabelecidos e outsiders na autonomia do enfermeiro como profissional liberal. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 370-376.

·Souza, J. D. F. D. (2017). O ensino crítico reflexivo para a tomada de decisão na formação do enfermeiro: uma questão de competências.

·Andrade, A. D. C., Ben, L. W. D., & Sanna, M. C. (2015). Empreendedorismo na Enfermagem: panorama das empresas no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 40-44.

Título do Poster: "Aleitamento Materno - Avaliação de Resultados na UCSP Carnaxide"

Autores: Maria Isabel Valente Caetano Pereira¹, Ana Lina Martins Teixeira², Eleonora Catarina Ferreira Borges³, Graça Maria Nunes da Silva da Silveira Machado⁴, Guida Maria Fonseca Santos Mouro⁵, Isabel Cortez⁶, Maria Cristina Lopes Coelho⁷, Maria Cristina Marques Santos Silva⁸.

1) Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. Contacto: isabel.v.pereira@arslvt.min-saude.pt Telefone: 965892052;

2) Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;

3) Enfermeira, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;

4) Enfermeira, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;

5) Enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;

6) Assistente graduada em Medicina Geral e Familiar, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;

7) Enfermeira, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;

8) Enfermeira, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;

Introdução: A importância do aleitamento materno (AM) tem vindo a ser estudada ao longo de décadas e as suas vantagens são firmemente assinaladas, tanto na literatura produzida até à data (Victora et al, 2016), como pelas várias comissões de nutrição como a ESPGHAN ou a Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria (Fewtrell et al., 2017; Guerra et al., 2012). O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental e Oeiras, onde se inclui a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Carnaxide, agora denominada Unidade de Saúde Familiar (USF), foi em 2016 o primeiro ACES a ser certificado pela OMS/UNICEF como "Amigo do Bebê". Desde então, tem vindo a verificar-se um maior investimento na formação dos profissionais e na promoção e aconselhamento em aleitamento materno. No entanto, a corroborar o que Rollins et al. (2016) referem sobre a ausência de uma prática sistematizada de recolha e análise de dados sobre AM, especialmente nos países desenvolvidos, também na nossa unidade se fazia

sentir a ausência de dados concretos sobre a proporção de crianças exclusivamente amamentadas. Sendo as consultas de vigilância uma mais-valia na promoção da saúde materno-infantil, nomeadamente, no que diz respeito à adesão e estabelecimento das práticas de amamentação, consideramos importante obter e situar resultados nesta área de atuação permitindo identificar barreiras e estratégias no sentido de empoderar os pais e favorecer o AM.

Objetivos: Determinar a taxa de AM nas crianças vigiadas na unidade funcional aos 0, 2, 4, e 6 meses e em particular nas crianças prematuras; Identificar razões que podem estar relacionados com o abandono do Aleitamento Materno.

Método: Estudo retrospectivo das crianças nascidas no ano de 2018, inscritas na então UCSP de Carnaxide. Realizou-se a consulta de dados nos sistemas de informação SINUS e SCLINICO sendo que a análise dos dados incidiu sobre as variáveis: número de semanas de gestação, vigilância na UCSP (consideramos vigiadas as crianças que tiveram pelo menos 4 consultas no primeiro ano de vida) e registos sobre aleitamento materno. Os parâmetros estatísticos descritivos foram obtidos através do tratamento de dados na versão 2016 do programa Excel.

Resultados: Encontrámos 175 crianças, nascidas em 2018 e inscritas na Unidade, tendo sido excluídas 10 crianças por se tratarem de inscrições esporádicas sem qualquer registo clínico ou de enfermagem. Apenas 83 crianças (47,4%) foram vigiadas na Unidade Funcional. As taxas de AM exclusivo destas crianças foram de 71,1%, 61,5%, 51,2% e 40,2% respetivamente aos 0, 2, 4 e 6 meses. Foram seguidas na unidade onze crianças prematuras, salientando-se que aos 0 meses, quatro estão em AM exclusivo e sete em aleitamento misto, sendo que não existe nenhuma criança até aos 4 meses apenas com aleitamento artificial. Das razões apontadas para o abandono do AM exclusivo destaca-se a iniciativa dos pais por várias razões, tais como insaciedade da criança com o leite materno, início da atividade laboral e aconselhamento de familiares.

Conclusão: Os resultados obtidos em relação às crianças com AM exclusivo aos 0, 2,4 e 6 meses, seguidas em consulta de vigilância de saúde infantil na unidade foram bastante encorajadores, tendo em conta os dados disponíveis noutros estudos a nível nacional (Kislaya, Braz, Dias & Loureiro, 2018).

Consideramos, no entanto, que continuam a existir algumas lacunas que carecem de melhoria. Encontramos obstáculos ao nível dos sistemas de informação que, com as suas funcionalidades de difícil utilização não apoiam a prática diária e acabam por levar a omissão de registos. Por outro lado, a inexistência de indicadores de resultado sobre AM não nos permite facilmente monitorizar e gerir a prática profissional.

Palavras-chaves: Breast Feeding; Data Collection; Primary Health Care.

Referências Bibliográficas: Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domello, M., Embleton, N., Fidler, N., ...Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119-132.

Guerra, A., Rego, C., Silva, D., Ferreira, C., Mansilha, H., Antunes, H., ...Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), S17-S40.

Kaislaya, I., Braz, P., Dias, C., Loureiro, I. (2018). Evolução do aleitamento materno em Portugal: Dados dos inquéritos nacionais de saúde entre 1995-2014. *Gaceta Sanitaria*, 32(Especial Congressos), 7-140.

Rollins, N., Bhandari, N., Hajeebhov, N., Horton, S., Lutter, C., Martines, J. Victora, C. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(Breastfeeding 2), 491-504.

Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krasevec, J., ...Rollins, N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(Breastfeeding 1), 475-490.

Título do Poster:

"Necessidades Formativas dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem no Domínio da Catástrofe"

Autores: Paulo Alexandre Figueiredo dos SANTOS 1, Isabel Cristina Mascarenhas RABIAIS 2, José Joaquim Penedos AMENDOEIRA 3, Sílvia CALDEIRA 4.

1 RN, MSc, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutorando na Universidade Católica Portuguesa, integrado no CIIS-UCP, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

2 RN, MSc, Doutoramento em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professor na Universidade Católica Portuguesa.

3 RN, MSc, PhD, Post-PhD, Professor Coordenador Escola de Enfermagem do Instituto Politécnico de Santarém, Integrado no CIIS-UCP.

4 RN, MSc, PhD, Post-PhD, Professor Auxiliar Convidado na Universidade Católica Portuguesa. Integrada no CIIS-UCP

Introdução: A necessidade de educação sobre situações de catástrofe tem sido referenciada como uma prioridade e uma preocupação multidimensional (Al Thobaity, et. al., 2015; Achora & Kamanyire, 2016), de modo a que os estudantes de enfermagem possam adquirir um conhecimento sólido, integrado e não fragmentado de conceitos neste domínio (Baack & Alfred, 2013; Banajah, 2018). Não obstante a autonomia pedagógica (elaborar os planos de estudos, definir o objeto das unidades curriculares, definir os métodos de ensino, afetar os recursos e escolher os processos de avaliação de conhecimentos) e científica (definir, programar e executar a investigação e demais atividades científicas) das instituições de ensino superior de enfermagem, as mesmas devem adequar as estratégias e modelos pedagógicos que promovam para o efetivo desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem no domínio da catástrofe..

Objetivo: Conhecer o contributo das escolas, em termos de formação técnico-científica, na promoção do desenvolvimento de competências profissionais nos estudantes, no domínio da catástrofe.

Método: Estudo enquadrado na metodologia do paradigma essencialmente qualitativo, com recurso à triangulação de métodos, como entrevistas e focus group. Participaram presidentes do conselho técnico-científico ou coordenadores/diretores dos cursos de licenciatura em enfermagem e enfermeiros peritos no domínio da catástrofe. O instrumento de colheita de dados foi um guião de entrevista semiestruturada constituído por quatro questões abertas e um questionário (tipo Likert), a partir do core de competências definidas pelo projeto Tuning Educational Structures in Europe-Fase I (2003), no sentido de avaliar a perceção dos presidentes do conselho técnico-científico, coordenadores/diretores dos cursos de licenciatura em enfermagem e dos enfermeiros peritos no domínio da catástrofe. Para o tratamento de dados recorreu-se à análise de conteúdo. O presente estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Resultados: Os presidentes do conselho técnico-científico ou coordenadores/diretores dos cursos de licenciatura em enfermagem e os enfermeiros peritos no domínio da catástrofe, são consensuais acerca da necessidade das escolas garantirem a qualidade do ensino. É nesta acessão axiomática que se torna incontestável a evidência da responsabilidade crescente das escolas de enfermagem na consciencialização e na preparação dos estudantes para uma intervenção competente em situação de catástrofe, pela introdução deste conteúdo nos programas educativos ao nível básico, permitindo o desenvolvimento de diversas competências conceptuais e operativas dos estudantes de Enfermagem nesse domínio.

Conclusão: As atuais competências dos enfermeiros de cuidados gerais no âmbito da catástrofe apresentam ainda algumas fragilidades. Torna-se necessário que as escolas de enfermagem possam ultrapassar lógicas de planos curriculares pouco flexíveis e diversificados, contribuindo não só de forma decisiva para o desenvolvimento de competências dos estudantes no domínio da catástrofe, mas também, permitindo desenvolver a consciência e o crescente interesse na investigação por esta área do conhecimento.

Referências Bibliográficas:

- Achora, S. & Kamanyire, K. J. (2016). Disaster preparedness need for inclusion in undergraduate nursing education. Sultan Qaboos University Medical Journal, February, Volume 16, Issue: 1, 15-19. [Consultado em: 22 de setembro 2019]. [Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26909207>]. [DOI: 10.23880/nhij-16000166].
- Al Thobaity, A., Plummer, V., Innes, K., & Copnell, B. (2015). Perceptions of knowledge of disaster management among military and civilian nurses in Saudi Arabia. Australian Emergency Nursing Journal, 18(3), 156-164. [Consultado em: 1 de setembro 2019]. [Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.03.001>].
- Baack, S. & Alfred, D. (2013). Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. Journal of Nursing Scholarship, 45(3), 281-287. [Consultado em: 12 de abril 2019]. [Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/jnu.12029>].
- Banajah, S. (2018). Contextualize of Disaster Nursing Competencies within Resilient Health Care System in Saudi Arabia. Nursing & Healthcare International Journal. [Online] 2(6), pp.1-14. [Consultado em: 27 de abril 2019]. [DOI: 10.23880/nhij-16000166].

Título do Poster:

"Assistência a gestantes hipertensas transferidas para um serviço referência de alto risco."

Autores: Gabrielly Santana da Silva 1; Mariana Bahia Caldeira 2; Maria Inês Bezerra de Melo 3; Maria Celina Matias Rocha 4

1-Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Pernambucana de Saúde -FPS (gabriellysantana.silva@hotmail.com)

2-Graduanda da Faculdade Pernambucana de Saúde (marianabahiac@gmail.com)

3- Doutora em Saúde Materno Infantil e Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS. (maria.ines@fps.edu.br)

4- Mestre Saúde Materno Infantil e Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS. (maria.celina@fps.edu.br)

Palavras-Chave: Gravidez alto risco; Hipertensão gestacional.

Introdução: A gravidez é um processo fisiológico que transcorre sem complicações em sua grande maioria. No entanto cerca de 15% das mulheres apresentam alterações durante a gravidez, para ela e para o seu concepto, como a hipertensão. E as doenças hipertensivas permanecem como causa mais comum de morbimortalidade materna e perinatal.

Objetivo: Avaliar assistência a gestantes hipertensas transferidas para um serviço de referência de alto risco através da central de regulação de leitos da Secretaria Estadual de Saúde - Pernambuco.

Método: Estudo transversal, realizado em gestantes com distúrbios hipertensivos procedentes de serviços de saúde admitidas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira -IMIP, durante julho 2018 a abril 2020. O estudo foi aprovado pelo CEP do IMIP.

Resultados: Participaram da pesquisa 22 gestantes. com. síndromes hipertensivas

transferidas para o IMIP. Foi evidenciado os seguintes resultados: 31,8% de gestantes com hipertensão leve (< 140/90 mmHg), 31,8% com hipertensão moderada ((140/90 mmHg - 159/110 mmHg) e 36,4% apresentaram hipertensão grave (> 160/110 mmHg). A idade das gestantes variou entre 18 e 45 anos de idade, sendo que 63,6% encontravam-se na faixa etária entre 18 e 25 anos de idade, configurando uma população mais jovem. 68,2% se autodeclararam pardas, 36,4% eram solteiras, 45,4% tinham o ensino fundamental e 63,6% procedentes do interior. No que se refere as características obstétricas observou-se que 31,8% delas encontravam-se entre 39 a 41 semanas de gestação, tempo considerado hábil para o parto pela maturidade fetal, 36,4 % estavam na segunda gestação, 36,4 % não tinha filhos ou tinha apenas um filho. 22,7% já tinham vivenciado a experiência de um aborto.

Em relação as características da assistência prestada no serviço de origem foram observadas que 68,2% das gestantes encontravam-se com acesso venoso periférico e 80,0% destes acessos estavam pérvios. Verificou-se ainda que a avaliação da proteinúria através da realização da amostra simples da urina (labistix) se deu em 77,3% da amostra, e que o controle de diurese através da instalação da sonda vesical de demora não foi verificado em 59,1% das gestantes. Quanto ao tempo de deslocamento entre o serviço de origem e o IMIP, observou-se que 68,2% das gestantes levaram até uma hora, 81,8% das gestantes não estavam dividindo o espaço da ambulância com outros pacientes, 86,4% foram colocadas em maca durante o transporte e 72,7% adotaram a posição deitada.

Conclusão: Necessidade de medidas estratégicas para o cumprimento de práticas assistenciais que assegurem uma melhor assistência prestada e reduzam os riscos da morbimortalidade das alterações hipertensivas gestacionais. Diante da limitação da amostra, novos estudos devem ser desenvolvidos nesta temática inclusive possibilitando associações. A adoção de protocolos institucionais voltados à prática clínica frente a assistência a gestantes com distúrbios hipertensivos, pode ser útil para nortear o processo de tomada de decisão e garantir a prestação de uma assistência de qualidade e segura.

Referências Bibliográficas:

1. Pinheiro, HDM. (2014). Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife - PE. (Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde). Recife, Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (September 2019). Maternal mortality.
3. Sampaio AFS, Rocha MJF, Leal EAS. Julho-Setembro 2018). Gestaçã de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. (Revista Brasileira Saúde Materno Infantil). Recife, Pernambuco.
4. Damasceno AAA, Malta MB, Never PAR, Lourenço BH, BEssa ARS, Rocha DS, Castro MC, Cardoso MA, (2019). Níveis pressóricos e fatores associados em gestantes do estudo Mina- Brasil. Revista Ciênc Saúde Colet)

Título do Poster: "Atuação da Enfermagem no Cuidado aos Pacientes com Lesão por Pressão e suas Implicações na Qualidade da Assistência à Saúde."

Autores: Juliana Maria Bello Jastrow¹, Caroline Nascimento de Souza¹, Larissa Chagas Suhett¹, Larissa Zuqui Ribeiro¹, Laís Lopes Gonçalves¹, João Nascimento Palaoro¹, Alessandra Aparecida de Saldes², Italla Maria Pinheiro Bezerra³

1-Discentes da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES – EMESCAM

2-Discente da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

3- Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES – EMESCAM.

Palavras-Chave: Ulcer by pressure; Nursing; assistance; Quality indicator.

Introdução: Lesões por pressão são danos que acometem a derme e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e fricção. Os riscos aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa. O enfermeiro exerce um papel fundamental na avaliação e no tratamento da lesão por pressão, e entre as diversas atribuições, é função do enfermeiro, se sensibilizar, incentivar e treinar a equipe técnica para que sigam padrões definidos de cuidados ofertados. O enfermeiro também tem a responsabilidade de prever e prover recursos humanos, materiais e estruturais, além de, implantar medidas preventivas para que assim, se obtenha melhores resultados na assistência prestada. Inerente a isso, sabe-se que a autonomia do enfermeiro no seu processo de trabalho é um componente fundamental para a manutenção das conquistas legais da profissão e implica diretamente a tomada de decisão para a condução do cuidado de enfermagem. É imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento sobre todo o processo que

envolve o tratamento do paciente, o desenvolvimento de um protocolo que siga uma ordem na avaliação, classificação, escolha do curativo adequado, acompanhamento e reavaliação da lesão, pois a avaliação da ferida é fator determinante para a terapêutica adequada, deve ser aplicada também a utilização de padrões de classificação de risco para auxiliar na prevenção da lesão por pressão.

Objetivo: Descrever a atuação da enfermagem no cuidado aos pacientes com lesão por pressão e suas implicações na qualidade da assistência à saúde.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados da Biblioteca Eletrônica Científica Online – SciELO durante o mês de julho de 2020. Para a busca utilizou-se os descritores baseados no Decs, e assim montou a estratégia de busca: enfermagem AND lesão por pressão AND assistência. Os critérios de inclusão foram: Artigos completos disponíveis, idioma português, ano de publicação entre 2015 a 2019. Foram excluídas teses, dissertações e revisões de literatura.

Resultados: Foram encontrados 14 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e da leitura de títulos e resumos, posteriormente realizando de forma completa, resultou-se em um total de 5 artigos analisados. Os estudos inferem que a equipe de enfermagem atual buscando as melhores práticas de cuidado em prol da segurança do paciente, como a utilização de protocolos para melhor identificação e manejo da lesão por pressão. Compreende-se como algumas das ações da enfermagem na prevenção de lesão por pressão como mudança de decúbito, aplicação de coberturas de hidrocoloide em região sacral, inspeção de pele e higienização externa. É indubitável, que a enfermagem é responsável pela assistência aos pacientes com lesão por pressão e que a prática baseada em evidências garante uma assistência de qualidade. Além disso, na enfermagem são desenvolvidas diversas estratégias de padronização e formulação de terminologias que auxiliam no avanço da prática de saúde e na comunicação em equipe. Devido a existência de práticas colaborativas, a enfermagem possui autonomia na realização de ações específicas que visam reduzir os efeitos provenientes da lesão por pressão.

Conclusão: Concluiu-se que a enfermagem possui um papel primordial no reconhecimento dos fatores de risco, no uso de medidas preventivas diárias, na avaliação e no cuidado integral aos pacientes com lesões por pressão. Assim, considerando a magnitude da lesão por pressão, a prevenção tem sido apontada como o melhor caminho para minimizar esse evento com enfoque na utilização de diretrizes e protocolos clínicos, tais métodos são utilizado a fim de fornecer orientações para os profissionais em sua prática, a partir de evidências atuais, visando, entre outros aspectos, reduzir a variabilidade nos cuidados, promover assistência segura e livre de danos e reduzir os custos com o cuidado.

Referências Bibliográficas:

- Duarte, F. H. D. S., Santos, W. N. D., Silva, F. S. D., Lima, D. M. D., Fernandes, S. F., & Silva, R. A. R. D. (2019). Terms of specialized nursing language for people with pressure injury. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(4), 1028-1035.
- França, A. P. F. M., de Castro Rassy, M. E., Portilho, R. D. C. B., de Montalvão Serrão, A. C. F., França, A. S., & da Silva Miranda, E. D. S. (2019). Conhecimento de enfermeiros sobre o manejo de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(8), e576-e576.
- Mendonça, P. K., Loureiro, M. D. R., Frota, O. P., & Souza, A. S. D. (2018). Prevenção de Lesão por Pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(4).
- Soares, C. F., & Heidemann, I. T. S. B. (2018). Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(2).

Título do Poster: "Construção do cuidado em saúde mental a partir das vivências de um estudante de enfermagem."

Autores: JDanton Matheus de Souza 1, Gabriella de Andrade Boska 2, Mônica Rodrigues de Oliveira 3, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira 4.

1-Estudante de graduação; Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6320-4826>

2-Doutoranda;

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; São Paulo, SP, Brasil. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-5827-6486>

3-Pós Doutoranda; Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2632-3639>

4-Docente Sênior; Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1069-8700> Autor correspondente: Danton Matheus de Souza;

Descritores: Enfermagem; Saúde mental; Estágio clínico; Reabilitação Psiquiátrica; Relações interpessoais.

Introdução: Após a mudança no modelo de cuidar para a atenção psicossocial, os profissionais de enfermagem em seu trabalho em saúde mental assumiram a integração de tecnologias leves e se apropriaram de si mesmos como instrumentos de trabalho (1-2). Com isso, foi possível construir o cuidado com base na reabilitação psicossocial e promover a reinserção social e cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, por meio do relacionamento interpessoal (3-4). O estudante de enfermagem ao ser inserido no campo prático de saúde mental, tanto no ambiente hospitalar quanto extra-hospitalar, pode apresentar dificuldades com a área devido a estigmas, inseguranças, até conflitos com a identificação das necessidades subjetivas e realização de intervenções psicossociais (1,5).

Objetivo: Relatar a vivência de um estudante de enfermagem com o cuidado em saúde mental durante um estágio clínico.

Método: Relato de experiência realizado com

base nos dados de um projeto terapêutico singular desenvolvido por um estudante de enfermagem durante 16 dias de prática em um hospital dia, como parte de uma disciplina de graduação. Os achados foram analisados com base na teoria do relacionamento interpessoal(3) e na reabilitação psicossocial (4).

Resultados: O processo de cuidar organizou-se entre as semanas e as 4 fases do relacionamento em: 1) do desconhecido a relação de confiança: no qual o estudante iniciou sua aproximação com a usuária com atitude empática e de aceitação, e iniciou a

primeira fase do relacionamento interpessoal; 2) reflexões e ressignificações como proposta de cuidado:após identificação de necessidades, o estudante iniciou a proposta de reflexões como forma de intervenção; 3) da limitação ao protagonismo: ao identificar a limitação da usuária ao seu diagnóstico, o estudante propôs reflexões que estimulassem o protagonismo e afastamento da construção do diagnóstico como essência; e 4) da resolução do cuidado às mútuas transformações: momento em que o estudante discutiu o caso com os profissionais do setor, finalizando o relacionamento, e identificando as mudanças possibilitadas por este.

Considerações finais: Concluiu-se que apesar das limitações do contexto de prática, o estudante foi capaz de conduzir intervenções psicossociais em saúde mental alinhadas aos objetivos esperados e produzir significados para ambos os envolvidos. Espera-se que este estudo, possa contribuir tanto para a lacuna científica na área como para fomentar discussões acadêmicas e direcionar intervenções de enfermagem para outros estudantes.

Referências Bibliográficas:

- 1-Weber CAT, Juruena MF. Paradigms of care and stigma of the mental disorder in Brazilian Psychiatric Reform. *Psicologia, Saúde e Doença*. 2017; 18(3): 640-656. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180302>
- 2- Pereira MO, Reinaldo AMS, Villa EA, Gonçalves AM. Overcoming the challenges to offer quality training in psychiatric nursing. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(1): e20180208. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0208>
- 3- Peplau HE. *Interpersonal Relations n Nursing*. New York. 1952/199. 356 p.
- 4- Pitta AMF. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo. 1996. 204 p.
- 5- Mersin S, Demiralp M, Öksüz E. Addressing the psychosocial needs of patients: Challenges for nursing students. *Perspect Psychiatr Care*.2019;1-8.DOI: <https://doi.org/10.1111/ppc.12365>

Título do Poster: "Contributo do Enfermeiro para a Promoção da Parentalidade no Serviço Neonatologia."

Autores: Beatriz Rocha, Rafaela Brás, Fernanda Loureiro

Descritores: Neonatologia; Enfermagem; Parceria de cuidados; Ensinos

Introdução: O nascimento de um filho prematuro provoca vários sentimentos, emoções e necessidades que se prolongam por indeterminado tempo. A família tem necessidade de se adaptar à sua nova realidade, apresentado um conjunto de necessidades específicas (Aragão et al, 2019). O papel do enfermeiro é apoiar as pessoas na gestão dos seus processos de transição, promovendo a parentalidade, sendo possível alcançar uma maior maturidade, estabilidade e autonomia nos cuidados ao recém-nascido (Silva, Crispim & Figueiredo, 2017). É essencial compreender quais as áreas essenciais de atuação e foco da intervenção de enfermagem neste âmbito.

Objetivo: Identificar as temáticas mais relevantes, de acordo com a vivência dos pais, com vista ao ensino para promover a autonomia nos cuidados ao recém-nascido num serviço de neonatologia

Método: Realizou-se uma revisão da literatura com base na seguinte questão de investigação, delineada segundo a metodologia PI(C)O: De acordo com a vivência dos Pais no serviço de neonatologia (P), quais são os ensinos mais relevantes (I) para a promoção da parentalidade (O)? Efetivou-se pesquisa nas plataformas eletrónicas: Google Académico, B-On e RCAAP, com os seguintes descritores: enfermagem, neonatologia, ensinos e parceria de cuidados conjugados com o operador booleano AND. A pesquisa foi limitada a artigos disponíveis em texto integral, publicados entre 2015 e 2020, em qualquer idioma. Da amostra inicial de 106 artigos foram selecionados 10 neste trabalho.

Resultados: Os resultados obtidos comprovam que a parceria nos cuidados, enquanto filosofia de prestação de cuidados, é benéfica tanto para a criança como para a sua família, diminuindo os níveis de ansiedade e aumentando o sentimento de independência, de autonomia, promovendo desta forma a parentalidade. Entre os ensinos encontrados nesta revisão salientam-se: Cuidados de higiene (Veronez, Borghesan & Higarashi, 2017) método de canguru (Barros, 2015), a segurança do Recém-nascido (Sousa et al, 2017) aleitamento materno e a importância do sono do recém-nascido (Carvalho, Batista & Santos, 2019). Como é referido, na maior parte dos artigos, a vinculação precoce é um elemento chave para a promoção da parentalidade. Após a análise dos estudos selecionados, tornou-se claro que todos os autores partilham a mesma opinião, ou seja, enfatizam a importância da satisfação das necessidades apresentadas pelos pais ao longo do processo de hospitalização, sendo essencial para promover e facilitar a participação dos mesmos nos cuidados à criança prematura.

Conclusão: A qualidade de vida destas famílias é limitada pelo tempo em que o recém-nascido permanece internado. É possível identificar nos pais o medo e a ansiedade de perder um filho, por sentirem a culpa do acontecimento e não terem uma relação dita "normal", ou seja, a vinculação e o primeiro toque, o primeiro carinho, está limitado pela presença do recém-nascido na incubadora. Salienta-se a identificação dos ensinos mais relevantes, não sendo, no entanto, os únicos, que devem ser promovidos e adaptados à realidade de cada criança e seus pais.

Referências Bibliográficas:

- Aragão, L. B., de Sousa, F. G. M., Silva, A. C. O., Santos, M. H., Braga, L. C., & Sarmiento, M. V. (2019). Valorização da família no processo de cuidado: atitudes de enfermeiros em unidade neonatal / Valorization of the family in the care process: nurses' attitudes in a neonatal unit. Ciência,Cuidado E Saúde, 18(1). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i1.45114>;
- Barros, L. (2015). "A importância da equipe de enfermagem na implantação do método canguru na UTI neonatal: uma revisão bibliográfica". Artigo. Faculdade de São Lucas. Porto Velho, Brasil.

- Carvalho, J.; Batista, A.; Vaz, J. & Santos, A. (2019). "Promoção do sono seguro no recém-nascido pré-termo em unidades de neonatologia". Artigo. Revista Pensar em Enfermagem. Portugal.
- Pedroso, R. (2017). "Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família". Artigo. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal. Segundo, W.; Barros, R.; Camelo, N.; Martins, A.; Ramos, H. & Almeida, C. (2018). "A importância das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e de cuidados intermediários neonatal (UCIN) para os recém-nascidos prematuros". Artigo. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. Brasil.
- Silva, A.; Crispin, A; Figueiredo, L. (2017). Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Percepção das mães sobre experiências vivenciadas e a importância do acolhimento e orientação de enfermagem. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, curso de Enfermagem. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/mografias/61068.pdf>
- Sousa, Fernanda Coura Pena de, Montenegro, Livia Cozer, Goveia, Vania Regina, Corrêa, Allana dos Reis, Rocha, Patricia Kuerten, & Manzo, Bruna Figueiredo. (2017). A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. Texto & Contexto - Enfermagem, 26(3), e1180016. Epub 17 de agosto de 2017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>
- Sousa, M. (2016). "Satisfação dos pais em relação aos cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos e especiais neonatais e pediátricos – aplicação da escala de apoio dos enfermeiros aos pais – versão portuguesa da nurse parente support toll, na UCIENP do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca". Artigo. Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca. Portugal.
- Veronez, M.; Borghesan, N.; Corrêa, D. & Higarashi, I. (2017). "Vivência de mães de bebês prematuros do crescimento à alta: notas de diários de campos". Artigo. Revista Gaucha de Enfermagem. Brasil.

Título do Poster:

"Cuidados de Enfermagem no Adolescente com Tromboembolismo Venoso."

Autores: Bárbara Araújo dos Santos, Carolina Martins Almeida, Fernanda Loureiro

Descritores: nursing; adolescent; venous thrombosis

Introdução: O tromboembolismo venoso tem uma incidência crescente na população pediátrica à qual estão associados morbidade e mortalidade significativas (Heit, 2015). A sua etiologia na idade pediátrica é multifatorial e é essencial implementar cuidados de enfermagem de forma a prevenir e minorar os seus efeitos (Jaffray & Young, 2017).

Objetivo: identificar os fatores de risco, sintomas e tratamentos mais comuns na população pediátrica; identificar os cuidados de enfermagem, de modo a prevenir o desenvolvimento de tromboembolismo venoso durante o internamento hospitalar.

Método: Efetivou-se uma revisão da literatura com base na seguinte questão de investigação, delineada segundo a metodologia PIC(O): Quais os cuidados de enfermagem (I) a adotar no adolescente (P) para prevenir ou minorar os efeitos do tromboembolismo venoso (O)? A pesquisa foi efetuada nas plataformas B-on, EBSCO e Pubmed, com os descritores no idioma inglês nurs*, adolescent e venous thrombosis combinado com o operador booleano AND, disponíveis em texto integral nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados entre 01-06-2015 e 01-06-2020. Do total de 77 artigos encontrados, foram incluídos 6 no corpus do trabalho.

Resultados: A etiologia do tromboembolismo venoso nos adolescentes, inclui fatores de risco hereditários e adquiridos, cuja identificação é crucial para a otimização da abordagem terapêutica e estratégia de prevenção de complicações e recorrência (Ishola, et al., 2016). Globalmente destacam-se como fatores de risco, a utilização de anticoncepcional oral, história familiar de tromboembolismo venoso, trombofilia hereditária major, imobilização, tabagismo, cirurgia major, casos de infeção aguda e obesidade (Pereira, 2019). Os sintomas mais reportados foram a dor, a alteração do volume do membro e a limitação funcional, objetivamente, destacaram-se o edema e a dor à palpação da área afetada, a limitação na mobilidade e a diminuição dos pulsos obesidade (Pereira, 2019). Em termos terapêuticos, os agentes anti trombóticos convencionais mais frequentemente utilizados são a heparina e a varfarina sendo os níveis alvo de anti coagulação baseados em recomendações pediátricas recentes (Andrade, et al., 2018). A análise dos artigos, permitiu extrapolar cuidados de enfermagem nomeadamente: vigilância de enfermagem quanto à suspensão dos anticoncepcionais orais em situações de risco; avaliação sistemática nas consultas de rotina a adolescentes, particularmente no planeamento de situações de risco; mobilização e deambulação precoce e a utilização de meia de contenção elástica para alívio sintomático; avaliação da perfusão dos tecidos periféricos; uso de dispositivos de compressão pneumática intermitente durante os períodos de internamento; verificação do valor de INR nos adolescentes; identificação e modificação dos fatores de risco, e o seu diagnóstico e tratamento precoce nas consultas de vigilância; permeabilização dos cateteres venosos centrais com flush de soro fisiológico, antes e após administração de terapêuticas e por fim, reforçar orientações à data de alta 1,2,3,4,5 e 6.

Conclusão: Este estudo trouxe ao grupo de trabalho a perceção do aumento exponencial nos últimos anos da incidência desta patologia na população pediátrica, todos os artigos analisados explicaram este aumento devido aos progressos médicos e tecnológicos e a um aumento da sobrevivência de doenças crónicas. Escasseiam recomendações baseadas na evidência de forma a identificar os doentes pediátricos com risco de trombose.

Referências Bibliográficas:

- 1- Andrade, J. V., Magalhães, J., Resende, C., Gomes, D., Laranjo, G., Campos, J., Sntos, E. & Faria, C. (2018). Tromboembolismo Venoso em Idade Pediátrica: Estudo Retrospectivo de 15 Anos. *Acta Medica Portuguesa*, 31(9).
- 2- Asfaw, A. B., Punzalan, R. C., Yan, K., Hoffmann, R. G., & Hanson, S. J. (2017). Screening Guidelines for Venous Thromboembolism Risk in Hospitalized Children Have Low Sensitivity for Central Venous Catheter-Associated Thrombosis. *Hospital pediatrics*, 7(1), 39-45.
- 3- Meier, K. A., Clark, E., Tarango, C., Chima, R. S., & Shaughnessy, E. (2015). Venous thromboembolism in hospitalized adolescents: an approach to risk assessment and prophylaxis. *Hospital Pediatrics*, 5(1), 44-51.
- 4- Pereira, I. A., Ribeiro, A., Leitão, C. V. B., Maia, A. C., Carvalho, I., & Garrido, A. S. (2019). Trombose venosa profunda dos membros inferiores na adolescência-uma perspectiva de 12 anos. *Adolescencia e Saude*, 16(3), 70-79.
- 6- Sequeira, A. I., Branco, M., Teles, A., Costa, M., Sousa, B., & Ramalho, H. (2016). Trombose venosa profunda em idade pediátrica: estudo retrospectivo de 10 anos. *Nascer e Crescer*, 25(3), 147-153.
- Baratloo A, Safari S, Rouhipour A, Hashemi B, Rahmati F, Motamedi M, et al. (2014). The Risk of Venous Thromboembolism with Different Generation of Oral Contraceptives; a Systematic Review and MetaAnalysis. *Emerg (Tehran)*; 2:1-11.
- Biss, T. T. (2016). Challenges in adolescent venous thromboembolism. *The Lancet Haematology*, 3(6), e264-e266.
- Camarinha, B., Graça, P., & Nogueira, P. (2016). A prevalência de pré-obesidade/obesidade nas crianças do ensino pré-escolar e escolar na autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 31-40.
- Goldenberg, N. A., Brandao, L. R., Journeycake, J., Kahn, S. R., Monagle, P., Revel-Vilk, S., ... & Perinatal and Paediatric Haemostasis Subcommittee of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. (2012). Definition of post-thrombotic syndrome following lower extremity deep venous thrombosis and standardization of outcome measurement in pediatric clinical investigations. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 10(3), 477-480.
- Heit, J. A. (2015). Epidemiology of venous thromboembolism. *Nature Reviews Cardiology*, 12(8), 464-474.
- Hesselgrave, J. (2011). Influências Genéticas e de Desenvolvimento na Promoção de Saúde da Criança. In Hockenberry, M. & Wilson, D. Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (9ª Edição)*. (p.213-271). Rio de Janeiro: Elsevier
- Ishola, T., Kirk, S. E., Guffey, D., Voigt, K., Shah, M. D., & Srivaths, L. (2016). Risk factors and comorbidities in adolescent thromboembolism are different than those in younger children. *Thrombosis Research*, 141, 178-182.
- Jaffray, J., & Young, G. (2017). Deep vein thrombosis in pediatric patients. *Pediatric blood & cancer*, 65(3), e26881.
- Klaassen, I. L., van Ommen, C. H., & Middeldorp, S. (2015). Manifestations and clinical impact of pediatric inherited thrombophilia. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 125(7), 1073-1077.
- Kumar, R., Rodriguez, V., Matsumoto, J. M., Khan, S. P., Weaver, A. L., McBane, R. D., ... & Heit, J. A. (2015). Prevalence and risk factors for post thrombotic syndrome after deep vein thrombosis in children: a cohort study. *Thrombosis research*, 135(2), 347-351.

· Mahajerin, A., Branchford, B. R., Amankwah, E. K., Raffini, L., Chalmers, E., van Ommen, C. H., & Goldenberg, N. A. (2015). Hospital-associated venous thromboembolism in pediatrics: a systematic review and meta-analysis of risk factors and risk-assessment models. *Haematologica*, 100(8), 1045-1050.

· Mahajerin, A., Webber, E. C., Morris, J., Taylor, K., & Saysana, M. (2015). Development and implementation results of a venous thromboembolism prophylaxis guideline in a tertiary care pediatric hospital. *Hospital pediatrics*, 5(12), 630-636.

Monagle, P., & Newall, F. (2018). Management of thrombosis in children and neonates: practical use of anticoagulants in children. *Hematology*, 2018(1), 399-404.

· Newall, F., Branchford, B., & Male, C. (2018). Anticoagulant prophylaxis and therapy in children: current challenges and emerging issues. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 16(2), 196-208.

Radulescu, V. C. (2017, December). Anticoagulation therapy in children. In *Seminars in Thrombosis and Hemostasis* (Vol. 43, No. 08, pp. 877-885). Thieme Medical Publishers. Royal Children's Hospital Melbourne. (n.d). *Clinical Practice Guidelines-Anticoagulation therapy*.

Souza, H. C., Oliveira, T. H. L., & Silva, G. R. A. (2019). Benefícios da prática do tênis de campo para a saúde mental de indivíduos adolescentes em situação de vulnerabilidade social atendidos em uma entidade beneficente. *Anais da Jornada de Educação Física do Estado de Goiás* (ISSN 2675-2050), 1(2), 214-217.

· Vidal, E., Sharathkumar, A., Glover, J., & Faustino, E. V. S. (2015). Central venous catheter-related thrombosis and thromboprophylaxis in children: a systematic review and meta-analysis:reply. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 13(1), 161-162.

· Wilcher, J., & Pannell, M. (2016). Dural sinus (cerebral venous) thrombosis in a pediatric trauma patient: a rare complication after closed head injury. *Pediatric emergency care*, 32(12), 872-874.

Título do Poster: "Desafios para a enfermagem no futuro: procedimentos no pré hospitalar na investigação criminal do homicídio."

Autores: Nuno Coelho¹, Francisco Corte-Real², Carlos Farinha³

1) Mestre em medicina legal e ciências forenses, enfermeiro e especialista superior na Polícia Judiciária; 2) Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses; 3) Polícia Judiciária

Descritores: Emergency nursing; Forensic nursing; Homicide.

Introdução: A Emergência Médica Pré-Hospitalar (EPH) tem como função a prestação do socorro às vítimas fora do âmbito hospitalar. Fazendo estas equipas parte ativa do Sistema Integrado de Emergência Médica é, quase sempre, a primeira equipa institucional a chegar ao local de um crime (Judiciária, 2009). Por este motivo, devem estar sensibilizadas e aptas para a preservação de vestígios que se encontram no local e na vítima (Lynch & Duval, 2006). A preservação dos vestígios é um meio para a EPH cooperar com a investigação criminal, com a Justiça e com a Sociedade no apuramento da verdade. A Ordem dos enfermeiros (2018) considera que os enfermeiros são essenciais em qualquer cenário de saúde, doença, catástrofe ou emergência. Porém, parece necessário aprofundar conhecimentos e competências no contexto específico da investigação criminal do homicídio.

Objetivo: Conhecer os procedimentos em relação à preservação dos vestígios em situação de crime, em particular, relacionados com a ação do enfermeiro.

Método: Estudo de observação, descritivo, com recolha de informação de forma sistemática no local de crime de homicídio, com recurso a grelha de observação e a entrevistas. Utilizou-se, em primeiro lugar, a observação direta (in loco), no local de suspeita de homicídio. . A. grelha.

de observação registou os procedimentos efetuados pelas equipas de EPH, que incluem enfermeiros. As entrevistas foram gravadas com recurso a gravador de voz e a transcrição foi anonimizada. Os dados foram tratados com análise de conteúdo.

Resultados: Em relação à presença no local de crime da EPH, verifica-se que esteve presente na totalidade das 27 intervenções observadas (100%); em 21 observações (77,77%), a EPH foi a primeira equipa institucional a chegar ao local de crime, antes das autoridades policiais locais; em 23 intervenções (85,18%) a vítima foi mexida pela equipa de EPH, sendo alterada a sua posição; em 17 intervenções (73,91%) da EPH, foram efetuadas manobras de reanimação à vítima; em 24 intervenções (88,88%) da equipa de EPH, foi tocado algum (um ou mais) objeto(s) no local de crime; em 19 situações (82,60%), rasgou-se uma peça (ou mais) de roupa; foram realizadas duas (11,76%) drenagens de fluidos na vítima. Nas 15 (100%) entrevistas realizadas a elementos das brigadas de homicídios da PJ, constatou-se que 46, 66% referem que quando chega ao local já não está presente a EPH; 86,66% a intervenção das equipas de EPH face à preservação dos vestígios no local de crime influencia a investigação do crime; 100% afirma que as equipas de EPH altera e/ou contamina o cenário do local de crime.

Conclusão: Quando verificadas as ações da equipa de EPH na vítima, constatou-se que em quase todas as intervenções foram realizadas manobras de socorro tendo existido alteração do local e/ou da vítima. Existe necessidade de aproximar a Enfermagem à Justiça, elaborando guidelines de atuação para as equipas de EPH, para situações específicas que envolvam crimes, como no homicídio. Neste caso, ter conhecimentos na área forense, seria sem dúvida um contributo crucial para a investigação criminal e para a Justiça no apuramento da verdade.

Referências Bibliográficas:

- Judiciária, P. (2009). Inspeção Judiciária, Manual de Procedimentos. Lisboa, Portugal.
- Lynch, V., Duval, J. (2010). Forensic Nursing Science. (2.ª ed). Mosby, St. Louis
- Ordem dos Enfermeiros (16 de abril de 2018). Regulamento n.º 226/2018: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Diário da República, 2.ª série — n.º 74, 10758-10764.

Título do Poster: "Eficácia da Terapia Assistida por Animais na Pessoa com Doença Mental: Revisão Sistemática da Literatura."

Autores: DURAN C.*, LIMA G.*, CEREJEIRO I.*,
SILVA J.*, FERNANDES M.*, SILVA M.*, PERDIZ S*.,
HONOLKA V.* MARQUES VIEIRA C.**

*Estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa do ano letivo 2019/2020

**Professora Doutora em Enfermagem. Docente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, Investigadora do CIIS

Descritores: Terapia Assistida por Animais, Enfermagem, Pessoa com Doença Mental, Psiquiatria

Introdução: A Terapia assistida por animais (TAA) é um conceito que pode ser definido como uma intervenção terapêutica orientada, planeada e estruturada aplicada por profissionais qualificados em vários contextos. Também nos contextos associados à saúde pode ser implementado. Da literatura emerge que melhora a função cognitiva, mental, social, emocional e físico, sendo que as sessões de tratamento podem envolver jogos, desportos e cuidar do animal. Pode ser aplicada em grandes grupos ou individualmente.¹ Partiu-se da questão de investigação: A terapia assistida por animais é eficaz no tratamento da pessoa com doença mental?

Objetivo: Identificar artigos científicos sobre a terapia assistida por animais na pessoa com doença mental.

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática de Leitura de Evidência de Eficácia. Definiram-se como critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto integral, publicados de março de 2010 até março de 2020, em português, inglês, espanhol e alemão; estudos primários, experimentais, revisões sistemáticas da literatura e meta análises

que preenchessem o critério de elegibilidade PICO ((P): Pessoas adultas e idosas com doença mental; (I): Terapia Assistida por Animais; (C): comparação com outras terapias ou sem comparação; (O): Benefícios e malefícios da Terapia Assistida por Animais). A pesquisa foi realizada durante o mês de março nas fases de dados EBSCO® Host, B-On e PubMed Central®, utilizando a frase booleana ("Animal Assisted Therapy" (TX) AND "Mental Illness" (TX) AND Nurs* (TX)) para as duas primeiras e ("Animal Assisted Intervention" OR "Pet Therapy" AND Nurs*) para a PubMed. Os dados foram extraídos por 2 investigadores, devidamente treinados e independentes, tendo em conta o objetivo e questão da revisão. Da pesquisa obteve-se 785 estudos. Recorreu-se ao PRISMA como forma de identificação, extração e análise dos dados. A seleção e inclusão dos mesmos foi realizada por 2 investigadores independentes, que confrontavam resultados etapa a etapa.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 9 artigos. Destes estudos, no Canadá realizou-se um estudo qualitativo (2013)²; nos Estados Unidos da América um estudo quase-experimental (2014)³; na Noruega um estudo experimental prospetivo randomizado (2016)⁴; no Irão um estudo randomizado controlado (2018)⁵ ; em Itália um estudo quase-experimental (2010) ⁶ e randomizado controlado (2016)⁷ ; em Espanha realizou-se um estudo meta-análise (2011)⁸ , randomizado controlado (2016)⁹ e quase-experimental (2019)¹⁰. Os estudos analisados demonstram a eficácia no tratamento de diversas patologias psiquiátricas. Nomeadamente no tratamento de sintomatologia de demências. Gera melhorias no bem-estar ⁴, conforto ¹⁰ e comportamentos sociais ⁶, bem como um aumento da função cognitiva ⁶. Gera ainda melhorias significativas na depressão ³ e sentimentos de ansiedade ³, stresse e solidão ⁷. Existem benefícios na aplicação desta terapia em pessoas com esquizofrenia, tendo sido observadas melhorias significativas nos sintomas negativos ⁹ e também algumas melhorias nos sintomas positivos e cognitivos⁵, proporcionando um estado de relaxamento ⁹.

Conclusão: A terapia assistida por animais demonstrou eficácia no tratamento da pessoa com patologia mental. Verificou-se que os estudos analisados tinham limitações no desenho de investigação, pelo que se recomenda a realização de estudos experimentais aleatórios e controlados de forma a poder-se generalizar os resultados.

Referências Bibliográficas:

1. International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO). (2018). The IAHAIO Definitions For Animal Assisted Intervention And Guidelines For Wellness Of Animals Involved In AAI.
2. Corring, D., Lundberg, E., & Rudnick, A. (2013). Therapeutic Horseback Riding for ACT Patients with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 49, 121-126.
3. Nepps, P., Sewart, C., & Bruckno, S. (2014). Animal-Assisted Activity: Effects of a Complementary Intervention Program on Psychological and Physiological Variables. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 19, 211-215. doi:10.1177/2156587214533570
4. Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Slegers, M.-j., Patil, G., & Ihlebaek, C. (2016). Effect of animal-assisted therapy interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 1-11. doi:10.1002/gps.4436
5. Nazarian, Z., Armoon, B., Rezai, O., Banihashem, S., & Hamideh, M. (January de 2018). The effect of pet therapy concurrent with common medication on positive, negative, cognitive and motor symptoms of schizophrenia: A randomized control trial. *Polish Psychological Bulletin*, 49, 200-206. doi:10.24425/119487
6. Moretti, F., Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., . . . Att, A. R. (2010). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 11, 125-129. doi:10.1111/j.1479-8301.2010.00329.x
7. Menna, L., Santaniello, A., Gerardi, F., Di Maggio, A., & Milan, G. (2016). Evaluation of the efficacy of animal-assisted therapy based on the reality orientation therapy protocol in Alzheimer's disease patients: a pilot study. *Psychogeriatrics*, 16, 240-246. doi:10.1111/psyg.12145
8. Virue's-Ortega, J., Pastor-Barriusob, R., Castellote, J., Poblacion, A., & Pedro-Cuesta, J. (2011). Effect of animal-assisted therapy on the psychological and functional status of elderly populations and patients with psychiatric disorders: a meta-analysis. *Psychology Review*, 197-221.
9. Calvo, P., Fortuny, J., Guzmán, S., Macías, C., Bowen, J., García, M., . . . Fatjó, J. (May de 2016). Animal Assisted Therapy (AAT) Program as a Useful Adjunct to Conventional Psychosocial Rehabilitation for Patients with Schizophrenia: Results of a Small-Scale Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 7, pp. 1-13. doi:10.3389/fpsyg.2016.0063
10. Valdeón, L., Martínez, E., Ramos, S., Alonso, A. I., Darkistade, E., & Ladera, V. (June de 2019). Canine-Assisted Therapy and Quality of Life in People with Alzheimer-Type Dementia: Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.01332

Título do Poster: "A eficácia da musicoterapia como intervenção de enfermagem no desenvolvimento da criança com espectro de autismo: Revisão Sistemática da Literatura"

Autores: Bernardo, C. F.*; Bernardo, R. D. G.*; Lourenço, M. F.*; Mateia, R. A. S. F.*; Pereira, C. C.*; Pereira, P. J. M.*; Pires, M. C. C.*; Vieira, A. R. B.*; Marques-Viera, C.**

*Estudantes finalistas do Curso de Licenciatura em Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

**Docente da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Investigadora do CIIS.

Email do Responsável: pedro.jose.martins.pereira@gmail.com (Pedro Martins)

Descritores: Autismo, Musicoterapia, Comunicação..

Introdução: A Musicoterapia surgiu na Grécia, na época dos primeiros filósofos, que compreendiam as potencialidades musicais no tratamento de distintas enfermidades. Chegou a Portugal enquanto terapia¹

na década 70. Entende-se por Musicoterapia a utilização de música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização entre outros objetivos terapêuticos, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas

Objetivo: IRever sistematicamente a evidência científica sobre a eficácia da musicoterapia no desenvolvimento da capacidade relacional na criança com perturbação do espectro de autismo (CPEA).

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura. A pesquisa foi realizada através da plataforma EBSCO Host®, RCAAP e b-on, com a estratégia de pesquisa: (Musicoterapia OR Music therapy OR Terapia musical) AND (Autismo OR Autism) AND (Comunicação OR Communication OR Comunicacion) NOT (Adulto OR Adult). Definiu-se como critérios de inclusão: friso temporal (10 anos), idioma (português, inglês e espanhol), disponibilidade (texto integral), tipo de desenho de estudo (estudos primários, secundários, teóricos, empíricos), população sendo CPEA. Como critérios de exclusão: estudos alusivos a outras faixas etárias, a outras patologias/ausência, aplicação de outras terapias complementares e artigos de opinião. A pesquisa foi realizada por 3 investigadores de forma independente, para garantir o rigor e fidedignidade dos resultados. Em caso de discordância, o artigo era incluído na etapa seguinte da análise. Recorreu-se ao diagrama PRISMA para o processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos.

Resultados: Dos 235 artigos obteve-se uma amostra de 10 artigos. A amostra é constituída por artigos provenientes de Portugal (n=8), Espanha (n=1) e Brasil (n=2). Existem estudos de: revisão (n=3), caso (n=3), mistos (n=2), investigação qualitativa-ação (n=1) e qualitativo (documental e observacional) (n=1). Relativamente aos anos de publicação existem artigos de 2012 (n=3), 2013 (n=1), 2014 (n=3), 2015 (n=1), 2016 (n=1) e 2017 (n=2). Dos artigos analisados evidenciou-se que a Musicoterapia é uma disciplina funcional e sistemática que requer métodos e técnicas para manter ou reabilitar a saúde das crianças. Neste processo a relação e a experiência musical atuam como forças dinâmicas de mudança, facilitando a expressão emocional, o desenvolvimento comunicativo e a adaptação e integração à realidade social. A Música permite que a CPEA possa conectar-se com as emoções de forma imediata e autêntica, rompendo as barreiras que os impedem de comunicar. É facilitadora e mediadora das aprendizagens, possibilitando a capacidade de antecipação e previsibilidade de várias atividades, como o conto de uma história mimada ou o uso do instrumento musical. Assim, a musicoterapia permite aos indivíduos processar os seus sentimentos e reintegrá-los nas habilidades

da vida quotidiana, a partir dos objetivos fundamentais desta terapia - ter uma função moderadora e inclusiva⁴. A CPEA, especialmente nas primeiras etapas, pode recusar ou ignorar qualquer tipo de contacto, inclusive com o profissional de saúde. O instrumento musical serve de intermediário efetivo nesta relação, oferecendo um ponto de contacto inicial. A terapia musical aplicada a CPEA pode ainda: quebrar abandono social^{2,5,10}; Facilitar a comunicação verbal e não-verbal^{7,10}; Reduzir os comportamentos consequentes de problemas de perceção e de funcionamento motor^{2,5,6,8}; Facilitar a autoexpressão e promover a satisfação emocional.^{2, 5, 6,7}.

Conclusão: A musicoterapia ao minimizar as dificuldades da CPEA ao nível da comunicação, é uma intervenção de enfermagem eficaz para o desenvolvimento da sua capacidade relacional. A música permite à criança conectar-se com as suas emoções e promover a expressão de sentimentos. Destaca-se uma limitação no que toca à aplicabilidade desta intervenção pelos profissionais de enfermagem. Pois existe pouca evidência no que toca a essa temática. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos no âmbito da utilização da musicoterapia como intervenção de enfermagem..

Referências Bibliográficas:

1. Costa Oliveira, C., & Gomes, A. (2014). Breve História da Musicoterapia, suas conceptualizações e práticas. In Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (Eds), XII Congresso da SPCE: Ciências da Educação. (pp 751-758). ISBN: 978-989-704-188-4. Portuguesa de Ciências da Educação (Eds), XII Congresso da SPCE: Ciências da Educação. (pp 751-758). ISBN: 978-989-704-188-4

2. Paredes, S. S. G. (2012). O Papel da Musicoterapia no Desenvolvimento Cognitivo nas Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Portugal.

1. Bernardino, I. M. F. I. M. (2013). A Música no Desenvolvimento da Comunicação e Socialização da Criança/Jovem com Autismo. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Beja, Portugal.

3. Carvalho, S. C. (2011). Terapia da música e do som em crianças com Necessidades Educativas

Especiais. (Tese de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

4. Sampaio, T., Loureiro, V., & Gomes, A. (2015). A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica. *Per Musi*, 35, 137-170.

5. Castro, M. T. L. A. (2017). Afinar a relação: A musicoterapia e a perturbação no espectro do autismo. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusíada de Lisboa, Portugal.

6. Brito, I. P. (2016). Importância da Musicoterapia nas capacidades e dificuldades de uma adolescente com Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de Caso. (Trabalho de Projeto em Educação Especial). Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

7. Fiorezi, N., Franke, R., Prá, D., Garcia, L., & Renner, P. (2017). Os efeitos da música em biomarcadores de estresse, imunológico e comportamentos em portadores do espectro autista. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul*, 18, 1, 1-8.

8. Ramos da Silva, C. C. (2012). Música: Um auxílio no desenvolvimento e aprendizagem de crianças com a perturbação do espectro do autismo. (Tese de mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Portugal.

9. Talavera Jara, R., & Gértrudix Barrio, F. (2014). El uso de la musicoterapia para la mejora de la comunicación de niños com Transtorno del Espectro Autista en Aulas Abiertas Especializadas. *Revista Complutense de Educación*, 27, 1, 257-284.

10. Ramos da Silva, C. C. (2012). Música: Um auxílio no desenvolvimento e aprendizagem de crianças com a perturbação do espectro do autismo. (Tese de mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Portugal.

11. Talavera Jara, R., & Gértrudix Barrio, F. (2014). El uso de la musicoterapia para la mejora de la comunicación de niños com Transtorno del Espectro Autista en Aulas Abiertas Especializadas. *Revista Complutense de Educación*, 27, 1, 257-284.

12. Associação Portuguesa de Musicoterapia. (2019). Musicoterapia. Disponível em: <https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-musicoterapia-gwvmm>.

Título do Poster:

"Competências dos Enfermeiros no domínio da Saúde Familiar"

Autores: Carolina Henriques¹, Eva João de Jesus Santos²

1) Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Polytechnic of Leiria, School of Health Sciences, Leiria, Portugal, carolina.henriques@ipleiria.pt, 913146817 2) Polytechnic of Leiria, School of Health Sciences, Leiria, Portugal

Introdução: No nosso país, a especialidade de enfermagem saúde familiar, recentemente criada pela Ordem dos Enfermeiros, encontra-se ainda numa fase embrionária. Para intervir e auxiliar a família a ultrapassar estes novos obstáculos, é necessário dotar os enfermeiros de meios e ferramentas de forma a conhecerem e perceberem as dinâmicas internas da família. Neste contexto surge o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), como guia orientador da atuação do enfermeiro no trabalho com a família. Muitos dos enfermeiros que atualmente trabalham com famílias nos cuidados de saúde primários não o tiveram na sua formação de base contacto com instrumentos de avaliação familiar. Tendo também presente que no modelo de aquisição de competências de Benner conjugando a experiência ao domínio, a competência se transforma (Benner, 2001), consideramos ser pertinente investigar o impacto de um programa de intervenção no desenvolvimento de conhecimentos e competências na avaliação familiar dos enfermeiros.

Objetivo: Com esta investigação, pretendíamos conhecer a importância atribuída à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar, identificar os conhecimentos desses profissionais de enfermagem sobre Avaliação Familiar através da aplicação do Modelo de Calgary. . Constituíram também como objetivos

deste estudo: avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de conhecimentos sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal e avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram essa unidade de saúde familiar.

Método: Foi realizado um estudo longitudinal a um grupo de oito enfermeiros de uma USF, do tipo quase experimental, dado que é desenvolvido a um grupo de enfermeiros, em dois momentos de recolha de dados, de desenho do tipo pré teste e pós teste, sem grupo de controlo. A população deste estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções numa Unidade de Saúde familiar de Portugal. A amostra deste estudo, foi selecionada pelo método não probabilístico acidental ou de conveniência, assim sendo foram definidos como critérios de inclusão: ser enfermeiro a desempenhar funções na Unidade de Saúde Familiar selecionada que se encontram à data a exercer, não estando ausentes por licença ou motivos de doença e que aceitem participar voluntariamente no estudo. O tamanho da amostra, foi determinado pelo facto de no momento da colheita de dados eram os que integravam a USF e aceitaram participar no estudo.

Resultados: Verificamos que as respostas obtidas à questão que aborda a perceção do conceito de enfermagem familiar que os profissionais dirigiram as suas respostas a duas áreas: "cuidar como paradigma", englobam-se aqui as unidades que definem um modelo ou um ideal de cuidar a seguir, envolvendo unidades de registo: cuidar e envolvimento, apoio, proximidade, laços, parceria, cooperação, acessibilidade e confiança. Face a estas respostas, podemos concluir que os enfermeiros implicados no estudo, percecionam o conceito de enfermagem familiar associado ao processo de cuidar, envolvimento, apoio, proximidade, laços, parceria, cooperação, acessibilidade e confiança, sendo esta a de maior expressão. Através da aplicação da versão modificada da Escala Importância da Família dos cuidados de enfermagem (IFCE-AE) observa-se que o grupo de enfermeiros possui atitudes de suporte em relação à família.

Verifica-se ainda existência de diferenças estatisticamente significativas, ao nível de conhecimentos bem como nas competências, sobre avaliação familiar pela aplicação do MCAF, nos enfermeiros que integram uma (USF) da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um programa de intervenção.

Conclusão: Com este estudo, conclui-se que através da implementação de programas interventivos na avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, ocorre transferência de conhecimentos e desenvolvimento de competências nos profissionais de enfermagem, contribuindo assim favoravelmente à abordagem sistémica da família.

Descritores: Competências; Família; Enfermeiros; Capacitação

Referências Bibliográficas: Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Quarteto, Ed.). Coimbra.

Título do Poster: "Eficácia da Fitoterapia na redução dos sintomas de Depressão na Pessoa adulta e idosa: Revisão Sistemática da Literatura"

Autores: CARDOSO, A.1, CHUMBO, M.1, FRANCISCO, D.1, FREITAS, A.1, GANDRA, V.1, GOMES, M.1, SILVA, H.1, TEIXEIRA, B.1, MARQUES-VIEIRA, C.2

¹Estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (helenaraquel4@gmail.com/926850982)

²Professora da Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Investigadora Integrada no CIIS

Introdução: A fitoterapia baseia-se na utilização de terapêutica decorrente de propriedades de espécies vegetais numa perspetiva de uso medicinal complementar aos métodos tradicionais e sintéticos. Esta terapia é pouco divulgada, uma vez que os seus mecanismos de ação são pouco conhecidos¹. A depressão é um transtorno do foro mental e psiquiátrico que afeta mais de 300 milhões de pessoas a nível mundial, influenciando o seu comportamento e pensamento².

A sua terapêutica convencional possui efeitos adversos significativos, de salientar a síndrome de abstinência². A questão de partida do estudo é "Qual a eficácia da Fitoterapia na redução dos sintomas de depressão na pessoa adulta e idosa?".

Objetivo: Identificar estudos científicos que demonstrem se a fitoterapia é uma terapia complementar eficaz no controlo da depressão na pessoa adulta e idosa

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Eficácia³. Os critérios de elegibilidade foram artigos disponíveis com texto integral, com idioma português e inglês, publicados entre os anos de janeiro 2008 a fevereiro de 2020, todos os tipos de estudos científicos e disponíveis nas bases de dados B-On

EBSCO Host e Cochrane Library. Estratégia de pesquisa: Depression AND Phytotherapy AND Phytotherapeutic Drugs AND (Adult OR Old people) AND Treatment AND Nurs*. A pesquisa bibliográfica decorreu no mês de março de 2020. Os dados obtidos foram extraídos por 3 investigadores independentes, devidamente treinados, de acordo com o objetivo e a questão da revisão. Recorreu-se ao PRISMA⁴ para identificar, extrair e analisar os dados. A validação dos artigos foi realizada por 3 investigadores independentes, que confrontaram os resultados a cada etapa do processo. No caso de discordância, o artigo passava para a etapa seguinte.

Resultados: Obteve-se uma amostra final de 5 artigos, originários de Portugal (n=1)², Brasil (n=3)^{1;5;6} e Alemanha (n=1)⁷. A amostra inclui Revisões Sistemáticas da Literatura (n=3)^{5;6;7}, Estudos Observacionais Analíticos (n=1)¹ e Relatório de Estágio (n=1)². Os anos de publicação dos artigos são 2008 (n=1)⁷, 2015 (n=1)⁶ e 2019 (n=3)^{1;2;5}. A fitoterapia diminui os sintomas de depressão major e leve a moderada, sobretudo

o Açafreão² e a Erva-de-São-João⁷ comparando com a utilização de antidepressivos comercializados, assim como reduz a ocorrência de efeitos adversos⁵. Esta terapia oferece outros benefícios como efeitos antioxidantes, anticancerígenos, antifúngicos e antibacterianos¹.

A Erva-de-São-João apresenta maior eficácia e segurança terapêutica comparativamente aos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina, um dos antidepressivos mais utilizados⁵. Atualmente, a Valeriana é um dos fitoterápicos mais utilizados no Brasil, com grande eficácia no tratamento da depressão, qualidade e segurança terapêutica⁶.

Conclusão: A eficácia que a fitoterapia apresenta no controlo da depressão, através da diminuição dos sintomas é evidente. Fornece-nos apoio na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com depressão, na medida do desenvolvimento de novos conhecimentos sobre a fitoterapia como terapia complementar e como recurso da comunidade. Os estudos portugueses divulgados são escassos, pelo que recomenda-se o estudo da fitoterapia como intervenção de enfermagem no controlo da depressão em pessoa adulta e idosa em Portugal.

Descritores: Depressão; Fitoterapia; Adulto/Idoso; Enfermagem; Revisão da Literatura.

Referências Bibliográficas:

- 1-Carmo, G., Ortegá, G., Santana, I., Xavier, I., Silva, N., Pereira, Y., & Bernardes, C. (2019). Fitoterapia como coadjuvante no tratamento dos distúrbios de depressão, ansiedade e stress. *Revista Educação em Saúde*. 7(2), 12-16.
- 2-Dias, A. (2019). Fitoterapia do Sistema Nervoso Central: O uso do *Crocus sativus* L. no tratamento da depressão. (Dissertação de Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.
- 3- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. (1ªed.). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- 4- Mother, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. The PRISMA group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.
- 5- Borges, N., Salvi, J., & Silva, F. (2019) Características Farmacológicas dos Fitoterápicos *Hypericum perforatum* Lineaus E *Piper methysticum* Georg Forst no Tratamento de Transtornos Depressivos e Ansiedade. *Brazilian Journal of Surgery and Clinixal Research – BJSCR*. 27(3), 81-87.
- 6- Montezolli, A., & Lopes, G. (2015). Phytotherapics Use In Mood Disorders: Myth or Reality? *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. 12(2), 38-44.
- 7- Kriston, L., Berner, M., & Linde, K. (2008). St John's Wort for Major Depression (Review). *Cochrane Date of Systematic Reviews*. Vol. 4, nº CD 000448.

Título do Poster: "Teleconsultas de Enfermagem e o Impacto da Pandemia no seu Futuro"

Autores: Camila Araújo de Albuquerque¹; Camila Dias da Silva Barros¹; Alessandra Aparecida de Saldes¹; Aniely Tavares da Silva²; Marcela de Araújo Cavalcanti Maciel³

¹Graduandas da Faculdade Pernambucana de Saúde do oitavo período.

² -Graduanda da Faculdade Pernambucana de Saúde do sexto período.

³ -Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Introdução: A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV2, agente causador da patologia COVID19, levou o mundo a adotar medidas para minimizar a disseminação da doença, com ações individuais como o uso de equipamentos de proteção individual até as ações coletivas como o isolamento social. Nessa perspectiva, as teleconsultas se tornaram uma grande aliada dos profissionais de saúde e da população, permitindo que indivíduos contaminados possam ser atendidos em casa. Em razão disso, os conselhos de saúde autorizaram as teleconsultas como forma de ampliar o monitoramento e acesso aos profissionais de saúde. O COFEN, por meio da resolução nº 634/2020, normatiza as atribuições do enfermeiro nas teleconsultas, devendo ser usada para esclarecimentos, encaminhamentos e orientações relativas ao SARS-CoV2.

Objetivo: Descrever os desafios das teleconsultas no cenário pandêmico e suas possibilidades pós-pandemia para enfermagem.

Método: Trata-se de uma revisão de literatura iniciada em 2019, com busca de artigos na íntegra nas bases SciELO e BVS, no idioma português, utilizando descritores compatíveis com o tema principal do trabalho, dando ênfase nas teleconsultas de enfermagem.

Resultados:No SUS, com objetivo de ampliar atendimentos, foi criado o Projeto Nacional de Telessaúde, para regulação, em 2007, o qual originou o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Entretanto, até então, as teleconsultas não eram permitidas no Brasil, apenas em situações específicas como a aplicação da chamada por telefone caso o cliente já tenha sido consultado presencialmente. Para a enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, através da resolução COFEN 0487/2015, permitia apenas prescrição remota em casos de urgência e emergência. Diante da pandemia, com a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, o COFEN autorizou teleconsultas, por meio da resolução nº 634/2020, devendo ser usada para esclarecimentos, encaminhamentos e orientações relativas ao SARS-CoV2. A teleconsulta é um sistema de prestação de cuidados, a qual utiliza tecnologias de comunicação e informação para realizar atendimentos a distância. O seu uso leva a redução de custos, benefícios na organização e melhora de acesso a áreas remotas, principalmente a aqueles com dificuldades de acessibilidade, podendo assim cumprir um dos principais princípios do SUS, o de universalidade. Observou-se que as teleconsultas geraram satisfação do cliente, pela economia de tempo, não necessidade de deslocamento, facilidade na comunicação, principalmente para tirar dúvidas no dia a dia. Quanto às limitações apresentadas pelas teleconsultas destacou-se a impossibilidade do seguimento de etapas importantes para a consulta de enfermagem, que seguem o processo de enfermagem, como exame físico e as eventuais dificuldades de estabelecimento de vínculo entre o profissional e paciente. Sendo, portanto, necessário caso permaneça autorizada após pandemia, normatizações direcionadas para as ações que tem eficácia e que possam ser realizadas com segurança.

Conclusão: Consideram-se significativos ganhos das teleconsultas quanto a redução de custos, de tempo de espera, ampliação do acesso e acompanhamento contínuo de clientes pelos enfermeiros. Entretanto cabe refletir sobre eficácia das teleconsultas, principalmente devido a impossibilidade de realização do exame físico.

Faz-se também necessária, além da regularização, uma sistematização, para guiar etapas de atendimento e para preservar profissional e cliente. Visto os benefícios e limitações evidenciados nas pesquisas pela autorização temporária concedida pelo COFEN, cabem discussões a respeito da continuidade das teleconsultas no futuro, principalmente com o crescimento constante de tecnologias e do mundo digital.

Assim, as teleconsultas podem ser mais um espaço de atuação reforçando o protagonismo da enfermagem nessa nova modalidade. O mundo tecnológico abre diversas oportunidades a serem exploradas e cabe também a enfermagem analisar seu papel nele.

Descritores: Coronavírus; Pandemia; Teleconsultas; Enfermagem

Referências Bibliográficas:

Duarte, C. A. (2018). A tecnologia de telemonitoramento em enfermagem: contribuições para autonomia de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2.

Ferreira, D. (2018). TELECONSULTAS: Ir ao Hospital Sem Sair de Casa Implicações na Relação Médico-Doente. *Medicina Interna*, 25(1), 10-14.

Barsottini, C. N., & Wainer, J. (2002). Um modelo taxonômico de teleconsultas. In *Anais do Congresso Brasileiro de Informática em Saúde-CBIS'2002* (pp. 04039-032).

dos Santos, A. B. S., França, M. V. S., & dos Santos, J. L. F. (2020). Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. *APS EM REVISTA*, 2(2), 169-176.

Ministério da Saúde (BR). (2011). Portaria N° 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes Telessaúde Brasil Redes). *Diário Oficial União*.

De Enfermagem, C. F. Resolução Cofen N. 634/2020. Autoriza e normatiza "ad referendum" do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Cofen; 2020.

de Enfermagem, C. F. Resolução Cofen N. 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade [Internet]. Brasília (DF): Cofen; 2015.[cited 2017 Mar 10].

Título do Poster: "Ações realizadas pelos enfermeiros gerentes para promover a participação da equipe e comunidade na tomada de decisão"

Autores: Camila da Silveira Santos¹, Simone Grazielle Silva Cunha², Maria José Menezes Brito³

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Minas Gerais, Brasil, camilasilveiraufsj@gmail.com, 55 31 993311303.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Minas Gerais, Brasil.

³ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Professora Associada IV do Departamento de Enfermagem Aplicada, Minas Gerais, Brasil.

Introdução: O perfil de liderança do enfermeiro interfere nos processos decisórios e na organização dos serviços de saúde. Assim a liderança democrática e coparticipativa é necessária para minimizar conflitos e problemas na Atenção Primária à Saúde (Pinheiro et al., 2020). Ao estimular o trabalho em equipe o enfermeiro possibilita a consolidação da prática participativa, visando o interesse coletivo e centrado no paciente, pautada pela tomada de decisão que promova melhorias no acesso e na qualidade nas ações em saúde (Peduzzi & Agreli, 2018). Diante disso, indaga-se: Como o enfermeiro gerente promove a participação da equipe e comunidade na tomada de decisão? Entende-se que ter uma compreensão da tomada de decisão e das ações realizadas pelos enfermeiros gerentes para promover a participação da equipe e comunidade permitirá determinar os fatores que permeiam esse processo e que repercutem no trabalho em saúde.

Objetivo: Analisar as ações do enfermeiro gerente na tomada de decisões, no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Método: Estudo de caso (Yin, 2015) de abordagem qualitativa, realizado em seis Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município de Minas Gerais, Brasil. Os participantes foram seis enfermeiros gerentes de unidades de Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada entre setembro e novembro de 2015, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e observação, os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo (Bardin, 2016). O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº 1.174.603) e do município coparticipante (Parecer nº 1.192.060) e resguardados todos os preceitos éticos.

Resultados: Os enfermeiros gerentes relatam a importância da participação dos profissionais e da comunidade na tomada de decisões, reforçando o trabalho em equipe e coparticipativo que contribui para a qualidade do serviço prestado. Para tanto, os enfermeiros gerentes realizam a escuta e o diálogo com a equipe, tornam-se elo entre os gestores de nível

central, profissionais e usuários, possibilitando, maior integração interprofissional, fortalecimento do vínculo e a corresponsabilização de todos atores sociais nas decisões em saúde. Segundo relatos essas ações facilitam o processo de trabalho e contribuem para a prática colaborativa, com engajamento dos profissionais, como participes das decisões gerenciais e protagonistas no processo de fazer saúde.

O desenvolvimento de reuniões intersetoriais, bem como reuniões com os conselhos de saúde também constitui estratégia de promoção da mediação entre os interesses da população, gerentes e profissionais. Os gerentes reforçam a importância da comunicação entre profissionais e comunidade e o compartilhamento das decisões: "A gente trabalha muito junto, os representantes da comunidade passam para nós sobre os problemas, onde é preciso fazer as visitas. Gosto de estar inteirada da comunidade e essas demandas que eles me trazem eu levo para a secretaria, porque ai eles ouvem a comunidade" (G5). Essa interação gerentes, equipe e usuários promove a relação de confiança e vínculo, com ganhos para o serviço, possibilitando que a tomada de decisão e ações de saúde sejam voltadas para suprir as reais necessidades da população, por meio do trabalho colaborativo e compartilhado.

Conclusão: A prática profissional do enfermeiro gerente no contexto da Atenção Primária à Saúde reforça a importância do trabalho em equipe, de tomar decisões compartilhadas entre gerentes, profissionais e usuários, e endossa ações que contribuem para um trabalho em saúde mais democrático, colaborativo e voltado para os cuidados e interesses centrados nos usuários.

Descritores: Enfermagem; Tomada de decisões; Atenção Primária à Saúde

Referências Bibliográficas:

·Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

·Pinheiro, F. M. F. M., Santos, O. C., Silva, J.C. B., Barbosa, L. A. L., Carvalho, L. V., Mota, S. M. A. (2020). O perfil de liderança dos enfermeiros na Atenção Básica à Saúde. Rev. Eletrônica Acervo Saúde, (43), e2793. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e2793.2020>

·Peduzzi; M., Agreli, H. F. (2018). Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. Interface, 22 (Supl. 2), 1525-34.

·Yin, R. K.(2015). Estudo de caso: planejamento e métodos (5a ed.). Porto Alegre: Bookman.

Título do Poster: "A

Enfermagem como Protagonista nos Cuidados Nutricionais ao Doente Oncológico"

Autores: Patrícia Henriques¹, Filipa Nabais¹,
Marta Martinho²

¹ Enfermeiras do Hospital de Dia Oncológico do Centro Clínico Champalimaud

² Enfermeira na Unidade de Mama do Centro Clínico Champalimaud

Introdução: A malnutrição e a perda de peso são fatores determinantes no doente oncológico, diretamente relacionados com o aumento do consumo de energia e nutrientes pelo tumor, especificamente com alterações metabólicas causadas pela doença e tratamento.

A proporção de perda de peso no momento do diagnóstico, é de 15 a 40%, dependendo do tipo e estadio do tumor (Ocón, et al., 2018), com influência direta no tratamento e na qualidade de vida do doente, no aumento das taxas de morbilidade e mortalidade, no tempo de internamento, nos custos associados e na probabilidade de infeções associadas aos cuidados de saúde (Dallacosta, 2017). Uma significativa percentagem de doentes oncológicos (cerca de 20%), morre pelos efeitos da malnutrição e não pela doença (Sauer, 2013). Nesta perspetiva, importa questionar: quais as intervenções de enfermagem que podem ser implementadas, para minimizar os efeitos secundários da quimioterapia?

Objetivo: Identificar estratégias nutricionais para minimizar a toxicidade dos tratamentos de quimioterapia no doente oncológico.

Método: Revisão bibliográfica, integrando estudos quantitativos e qualitativos em inglês e português no limite temporal de 2015-2020. Pesquisa eletrónica conduzida nos motores de busca CINAHL; PubMed e

Nursing & Allied Health Collection, no mês de janeiro de 2020, utilizando os descritores: Oncology AND Nutrition Therapy AND Nurs*. Pesquisa ainda no website National Cancer Institute (termo assumido como Medical Subject Headings). Primeiramente obtiveram-se 22 artigos, procedeu-se à leitura e análise dos títulos e resumos, após identificadas as palavras-chave ou descritores. Após a análise integral dos textos, efetuou-se pesquisa por referências bibliográficas dos estudos, de forma a obter trabalhos desenvolvidos por peritos, especialmente para propósito de enquadramento da revisão.

Resultados: Foram incluídos para análise 13 estudos, tendo identificado estratégias nutricionais para minimizar a toxicidade dos tratamentos de quimioterapia no doente oncológico.

A relevância da avaliação da composição corporal no prognóstico oncológico, exige estratégias que o enfermeiro deve conhecer e avaliar, para otimizar a intervenção nutricional, fundamental no sucesso do tratamento oncológico. Resultantes da terapêutica citotóxica, são diversos os fatores que interferem na alimentação do doente; anorexia, náuseas e vômitos, alterações do paladar, olfato e xerostomia, mucosite, obstipação e diarreia. Perante cada sintoma, a abordagem deve ser considerada de forma a identificar a causa, classificar com recurso a escalas e corrigir o corrigível, recorrendo a regimes terapêuticos não farmacológicos, por exemplo, planos alimentares personalizados antecipando os farmacológicos (Dallacosta, 2017).

As estratégias nutricionais devem assumir como foco a utilização de nutrientes capazes de promover o anabolismo proteico muscular e/ou prevenir a perda de massa muscular, sendo recomendável entre 1,2 e 2g de proteínas/kg/dia para manter a massa muscular (Arends, et al., 2016).

A deficiência da vitamina D associa-se a diminuição da secreção de insulina e, conseqüentemente aumento da degradação muscular por não ocorrer eficazmente a síntese de proteínas e crescimento de células musculares esqueléticas (Tanner, 2015)

Conclusão: Comprovado pela diversidade dos resultados dos estudos, a avaliação nutricional no momento da admissão e durante o tratamento não deve ser negligenciada, pois permite identificar e corrigir a desnutrição, prevenindo o agravamento do estado nutricional, aumentando a tolerância aos tratamentos, diminuindo complicações, melhorando a qualidade de vida e aumentando a sobrevivência.

Um aconselhamento nutricional atempado, individualizado e adequado às necessidades, preferências e possíveis intolerâncias do doente, tem efeito sustentado em outcomes nutricionais, clínicos, funcionais, na qualidade de vida e no prognóstico. Importa perceber qual a ingestão atual do doente e comparar com as necessidades nutricionais diárias para além da avaliação dos sintomas desde o diagnóstico. A enfermagem como protagonista da avaliação e acompanhamento nutricional do doente oncológico passa também pela afirmação de competências, potenciando uma interação multidisciplinar e interdisciplinar (enfermeiro, farmacêutico, médico, nutricionista) com o intuito de melhorar o prognóstico.

Descritores: Oncology AND Nutrition Therapy AND Nurs*.

Referências Bibliográficas:

Arends J, et al., ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, *Clinical Nutrition* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>

Dallacosta, F. M. (2017). Nutritional Assessment of cancer patients in outpatient care (22). Retrieved from *Cogitare Enfermagem*: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/>

Ocón, B. M.; Luengo, P. L. A. V. J.; Álvarez, H. J.; Jiménez, F. P.; ... Cervera, P. M., & Cambor, Á. M. (2018). Nutritional Support and Parenteral Nutrition in Cancer Patients: An Expert Consensus Report. 17–23. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29043569/>

Sauer, A. C. (2013). Malnutrition in Patients With Cancer: An Often Overlooked and Undertreated Problem. Retrieved from <http://www.theoncologynurse.com/ton-issue-archive/2013-issues/october-vol-6-no-9/16012-malnutrition-in-patients-with-cancer-an-often-ov>

Tanner, S., Harwell, S. (2015). More than healthy bones: a review of vitamin D in muscle health. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 7(4): 152-159. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530385/>

Título do Poster: "Paradigma da Visita – Impacto na Família da pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos"

Autores: Leitão, M.¹; Rabiais, I.²

¹Mestrando do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

²Professora Auxiliar da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: A presença junto dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos é atualmente uma necessidade identificada pela família. Esta necessidade exige um olhar diferenciado sobre a família, sobre o doente em condição crítica e sobre o contexto de uma unidade de cuidados intensivos, que representa um ambiente controlado e de grande complexidade. Desenvolveu-se a seguinte questão de revisão: "Qual o impacto dos modelos de visita na família da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos?".

Objetivo: Compreender o impacto dos modelos de visita na família da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos.

Método: Elaboração de uma revisão Scoping através da estratégia PCC (The Joanna Briggs Institute, 2015): População (P) – Família; Conceito (C) Paradigma da Visita; Contexto (C) - Unidade de Cuidados Intensivos. A pesquisa eletrónica foi levada a cabo pelos investigadores nos motores de busca da EBSCO host no mês de Novembro de 2019, utilizando os seguintes descritores: "visit" AND "intensive care unit" AND "family". Para a definição do conjunto inicial de artigos, foi realizada uma seleção segundo determinados critérios de inclusão. Foram selecionados artigos com disponibilidade de texto integral, escritos em português, inglês e espanhol, publicados dentro

do horizonte temporal 2014/2019. Foram excluídos os artigos referentes a doentes em idade pediátrica. Através dos critérios de inclusão e exclusão, dos 204 artigos iniciais foram excluídos 99 artigos. Através da leitura de título foram selecionados 18 artigos. Após leitura de resumos desses 18 artigos, 6 artigos foram selecionados para leitura de texto integral. Após leitura integral dos artigos selecionados foram excluídos 2 artigos, resultando num total de 4 artigos para análise de conteúdo.

Resultados: Os modelos de visita centrados no doente são caracterizados pelos cuidados serem direcionados às necessidades do doente, e não focados nas necessidades dos profissionais. A presença e a proximidade, a segurança e a informação são necessidades prioritárias, aumentam significativamente o grau de satisfação da família reduzindo o stress e a ansiedade. A mudança do paradigma restrito para o liberal promove a satisfação dessas necessidades. O paradigma tradicional restrito, que determina por norma um horário pré-estabelecido, inflexível e com tempo limitado, restringindo o número de visitas, constitui uma fonte de insatisfação para os familiares.

Conclusão: Os modelos de visita restritivos são considerados antiquados e prejudiciais. Os modelos de visita liberais promovem a segurança nos cuidados prestados, o envolvimento, o acesso à informação, e a satisfação de necessidades da família. Aumentam significativamente o grau de satisfação e representam um fator que promove a recuperação da pessoa internada, produzindo um impacto positivo no processo de transição que a família vivencia durante o internamento.

Descritores: "visit", "intensive care unit" e "family".

Referências Bibliográficas:

- Achury Beltrán, L. F. (2014). Panorama general de las visitas en las unidades de cuidado intensivo. *Investigacion En Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 16(1), 61–71. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE16-1.pgvu>
- Chapman, D. K., Collingridge, D. S., Mitchell, L. A., Wright, E. S., Hopkins, R. O., Butler, J. M., & Brown, S. M. (2016). Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 25(1), 46–50. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016789>

Jacob, M. (2016). Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit with Continuous Visitation. *American Journal of Critical Care*, 25(2), 118–125. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016258>.

Riley, B. H., White, J., Graham, S., & Alexandrov, A. (2014). Traditional/restrictive vs patient- entered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 23(4), 316–324. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014980>

The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

Título do Poster: "A aromaterapia como intervenção de enfermagem na pessoa com ansiedade: uma revisão sistemática da literatura"

Autores: Arsénio, C.¹, Moreira, M.¹, Lopes, A.C.¹, Santos L.¹, Rocha, M.¹, Pérez Graça, M.¹, Silva I.¹, Teca, A.¹, Marques-Vieira, C.M.A.²

¹Estudante do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

² Professora Doutora no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução: As práticas clínicas com aromaterapia têm-se expandindo na área da enfermagem, sendo esta considerada uma das técnicas complementares mais popularmente utilizada. É aplicada nas mais diversas especialidades médicas, incluindo Oncologia, Ginecologia, Geriatria e Psiquiatria. (Domingos & Braga; 2015). A aromaterapia pode ser utilizada conjuntamente com a massagem e é absorvida pelo corpo via pele ou sistema olfatório, sendo capaz de provocar alterações nos parâmetros vitais, como a pressão arterial ou temperatura corporal, reduzir os níveis de ansiedade e provocar efeitos positivos na autoestima. (Gnatta, Piason, Lopes, Rogenski & Silva; 2014). Partiu-se da pergunta de investigação: Será a aromaterapia eficaz na redução da ansiedade em pessoas adultas e idosas?

Objetivo: Identificar literatura sobre a efetividade da Aromaterapia enquanto intervenção de Enfermagem, em pessoas que manifestam ansiedade

Método: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, segundo a Joanna Briggs Institute (JBI, 2014). Foram definidos como critérios de inclusão os artigos: (1) disponíveis em texto integral; (2) publicados de janeiro 2010 a fevereiro de 2020; (2) na língua portuguesa, inglesa e espanhola; (3) que envolvessem como população: adultos e idosos, (4) que sofram de ansiedade.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados: PubMed, RCAAP, B-on e EBSCO Host®, e de acordo com os critérios PICO (P-Adultos e Idosos, I-Aromaterapia, C- Como intervenção de Enfermagem, O-Redução da Ansiedade).

A pesquisa decorreu de 2 a 27 de março de 2020, com a seguinte fórmula de pesquisa: (aromatherapy) (TI) AND (nurs*) (SU) AND (anxiety) (TI). Os dados foram extraídos por 2 investigadores, devidamente treinados Partiu-se de 59 estudos e procedeu-se à elaboração do fluxograma segundo PRISMA como forma de identificação, extração e análise. Das 59 referências identificadas, 26 foram excluídas por duplicação nas bases de dados e 16 foram excluídas pelo título à partida. Dos 17 resumos avaliados, 10 prosseguiram para a avaliação a partir da leitura integral, foram incluídos nesta revisão 3 estudos, tendo sido os restantes excluídos. A utilização dos artigos foi realizada por 2 investigadores, que o fizeram de forma independente, analisando os resultados obtidos etapa a etapa. Em caso de discordância, o artigo prosseguia para a etapa seguinte. Todos os artigos da revisão foram posteriormente sujeitos a um processo crítico de avaliação do nível de evidencia científica e da qualidade metodológica dos artigos incluídos.

Resultados: A amostra foi constituída por 3 artigos. Oriundos de Londres (n=1) e do Irão (n=2). A população abrangeu estudantes de enfermagem de licenciatura (n=1), pessoas em situação de internamento por cirurgia (bypass coronário) (n=1) e pessoas queimadas em fase de recuperação (n=1). Os estudos foram publicados em 2013 (n=1), 2016 (n=1) e 2019 (n=1).

Os resultados obtidos nestes estudos apontam para a eficácia da aromaterapia sob forma de massagem ou inalação de óleos essenciais, como intervenção de enfermagem. Tendo como principais resultados a diminuição dos níveis de ansiedade, com consequente aumento da autoestima, bem-estar físico e psicossocial, redução do stresse, melhoria do padrão de sono e controlo de sintomatologia associada a patologias/estados clínicos, com efetividade na redução de tempos de internamento no caso da aplicação em pessoas em internamento hospitalar.

Conclusão: Os enfermeiros recorrem à Aromaterapia enquanto intervenção de enfermagem em pessoas com diagnóstico de enfermagem de ansiedade. A evidência científica analisada demonstra a efetividade da aromaterapia como intervenção

eficaz na redução da ansiedade, tendo outros ganhos adjacentes como a redução do stresse, melhoria do padrão de sono e o aumento do bem-estar físico e psicossocial. No entanto, a evidência recomenda a elaboração de mais estudos neste âmbito e a sua respetiva publicação e divulgação.

Referências Bibliográficas:

Gnatta, J. R., Piason, P. P., Lopes, C. de L.

B. C., Rogenski, N. M. B., & da Silva, M. J. P. (2014). Aromaterapia com ylang ylang para ansiedade e autoestima: Estudo piloto. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48(3), 492–499.

Domingos, T. da S., & Braga, E. M. (2015). Massage with aromatherapy: Effectiveness on anxiety of users with personality disorders in psychiatric hospitalization. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 49(3), 450–456.

Rafii, F., Ameri, F., Haghani, H., & Ghobadi, A. (2020). The effect of aromatherapy massage with lavender and chamomile oil on anxiety and sleep quality of patients with burns. *Burns*, 46(1), 164–171.

Johnson, C. E. (2014). Effect of Aromatherapy on Cognitive Test Anxiety Among Nursing Students. *Alternative and Complementary Therapies*, 20(2), 84–87.

Rajai, N., Sajadi, S. A., Teymouri, F., Zareiyan, A., Siavoshi, S., & Malmir, M. (2016). The Effect of Aromatherapy with Lavender Essential Oil on Anxiety and Stress in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 5(4).

Título do Poster:

"A Vulnerabilidade da Pessoa em Situação Crítica em Emergência - Revisão Integrativa da Literatura"

Autores: Marta Soares Pacheco¹, Luís Sá²

¹Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Área de especialização Pessoa em situação crítica). Hospital da Luz Lisboa [UCI].

²Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Área de intervenção Enfermagem Nefrológica). Hospital da Luz Lisboa [UCI]

(martasoares_s@hotmail.com(966577042))

Introdução: A permanente evolução tecnológica em saúde tem proporcionando aos enfermeiros grandes desafios na manutenção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, impulsionando a necessidade do desenvolvimento de competências específicas. Em emergência e reanimação, o ambiente confuso e ruidoso pode conduzir o enfermeiro a enfatizar a componente técnica, descurando a componente relacional e a resposta às necessidades biopsicossociais da pessoa. A vulnerabilidade humana apresenta-se assim como uma condição importante neste contexto, associado a graves implicações para a saúde, pelo que deve ser assumida e valorizada por parte dos enfermeiros, melhorando expectativas, experiências e os resultados em saúde, valorizando a profissão.

Objetivo: Identificar, sintetizar e analisar a evidência científica disponível relativa às intervenções de enfermagem dirigidas à diminuição da vulnerabilidade da pessoa adulta em situação crítica, em emergência.

Método: Revisão integrativa da literatura através da mnemónica PICO (The Joanna Briggs Institute, 2014): intervenções de enfermagem (I); diminuição da vulnerabilidade (O); pessoa em situação crítica (P) e emergência e reanimação (C), que desse resposta à questão norteadora "Quais as intervenções de enfermagem promotoras da diminuição da vulnerabilidade da pessoa em situação crítica em emergência e reanimação?".

A pesquisa envolveu um protocolo como linha orientadora e foi realizada pelos investigadores nas bases de dados MEDLINE e CINAHL e literatura cinzenta de 6 a 15 de Junho 2017. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão para a definição do conjunto inicial de artigos, quanto aos participantes, experiência, resultados, documentos e idioma. Assim, foram incluídos artigos que incluíssem pessoas em situação crítica em idade adulta, com escala de coma de Glasgow superior a 13 e sem alterações cognitivas de base e com referência à experiência de vulnerabilidade ou sentimento de satisfação/insatisfação face aos cuidados de enfermagem. Excluíram-se artigos sem texto integral disponível e que não se apresentassem em língua portuguesa ou inglesa. Foram igualmente considerados trabalhos não indexados que cumpriam os critérios.

A estratégia de pesquisa foi: (P) [critically ill patients OR critical illness OR emergency patient] AND (I) [nurs*] AND (C) [acute care OR emergency service OR emergency room OR emergency unit OR resuscitation OR prehospital care] AND (O) [vulnerability OR patient satisfaction OR patient well-being OR patient experience OR quality of health care], obtendo 31 artigos. Dos trabalhos não indexados (literatura cinzenta), de acordo com os mesmos critérios de seleção, obtiveram-se 6 artigos. Dos 31 artigos indexados iniciais, 28 foram excluídos pelo título e/ou pelo abstract e dos 6 não indexados não se verificaram exclusões, perfazendo um total de 9 artigos para análise de conteúdo.

Todos os artigos da revisão foram posteriormente sujeitos a um processo crítico de avaliação do nível de evidência e da qualidade metodológica dos artigos incluídos.

Resultados: Após análise dos artigos selecionados, identificaram-se estudos qualitativos e quantitativos, desenvolvidos em diferentes países e culturas, o que levou a identificar o ambiente de emergência e reanimação e as intervenções de enfermagem como elementos que influenciam a experiência altamente subjetiva de vulnerabilidade da pessoa em situação crítica, devendo ser direcionados cuidados especializados e individualizados.

Conclusão: A experiência da pessoa em situação crítica em emergência e reanimação é influenciada por fatores organizacionais, ambientais e de cuidado. A competência técnica dos enfermeiros é o aspecto mais valorizado pelo doente, manifestado por um sentimento de confiança e significativa diminuição da vulnerabilidade. De seguida, as intervenções dirigidas ao cuidado holístico e o sentimento de segurança demonstraram ser os aspetos mais valorizados. O cuidar surge essencialmente associado a intervenções específicas dirigidas à pessoa no sentido da diminuição da ansiedade e vulnerabilidade (acolhimento, relação terapêutica e comunicação) e a segurança intimamente ligada à identificação de um elemento líder na equipa e toda a atenção que lhe é atribuída em emergência. Individualizar e humanizar cuidados constitui uma ferramenta importante para a minimização da vulnerabilidade.

Descritores: critically ill patients, emergency patient, nurs*, emergency service, vulnerability, patient satisfaction

Referências Bibliográficas:

The Joanna Briggs Institute. (2014). Reviewer's Manual. Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewerManual-2014.pdf>, (consultado em 10 de julho de 2017)

Título do Poster: “Necessidades de Educação para a saúde na adolescência – a scoping review”

Autores: Margarida Coelho¹, Rui Coelho²

1) CHULN – Serviço de Medicina III B; 2) USF São João da Talha (amrato@gmail.com - (932953698)

Introdução: A adolescência é uma fase transitória, que representa um período do desenvolvimento humano extraordinário, caracterizada por uma torrente de mudanças simultâneas e desafios (Hockenberry & Wilson, 2014; Medeiros, 2015). É, no entanto, também uma fase de grande vulnerabilidade, em que o adolescente alcança a sua maturidade física e sexual, altera a conceção de si, dos outros e do mundo (Price & McAlinden, 2018). Desenvolvimento de competências sociais e aquisição de comportamentos que irão durar para toda a vida, o que faz deste um período sensível para a educação e aprendizagem. Surge assim como ideal para a modulação de comportamentos (Loureiro & Miranda, 2016; Machado, 2015).

Objetivo: Identificar e mapear as necessidades de Educação para a Saúde na adolescência

Método: Seguindo a metodologia de The Joanna Briggs Institute, foi utilizada uma pesquisa de informação “aberta” de três etapas. Partindo da questão “Quais as necessidades de educação para a saúde na adolescência?”, foram identificados os descritores e validados no MeSH: “adolescent”; “needs assessment”; “health education”. Seguidamente foi realizada pesquisa na PubMed e EBSCO Host, recorrendo ao operador booleano [AND] com a fórmula de pesquisa “adolescent AND needs assessment AND health education”; e finalmente analisadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos. A pesquisa foi delimitada a free full text, português, inglês e espanhol e temporalmente entre [2016-2020].

Resultados: Foram obtidos 193 resultados: após aplicação dos critérios de inclusão, foram alvo da revisão 5 artigos. Como principais resultados surgiram as necessidades de conhecimento acerca da prática de uma dieta saudável, identificada em 2 artigos, nomeadamente ao nível da redução de sal, atenção aos rótulos e prazos de validade e escolhas calóricas e de nutrientes adequadas. Também identificada em 2 artigos, surgiu a saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e a prevenção da violência no namoro. Surgiu ainda como necessidade o aumento da literacia em saúde, presente em 1 artigo, com o objetivo de incentivar à capacidade para a tomada de decisão em saúde fundamentada.

Conclusão: Apesar de vivermos numa era de globalização, em que o acesso à informação é cada vez mais fácil, verifica-se que ainda há uma grande necessidade de intervenção, de forma a que a fase da adolescência seja vivida de forma saudável. Assume-se assim como crucial uma aposta na intervenção primária, na educação para a saúde na adolescência.

Descritores: Adolescent; needs assessment; health education

Referências Bibliográficas:

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). Wong enfermagem da criança e do adolescente, 9ª edição. Loures: LUSOCIÊNCIA.

Loureiro, I., Miranda, N., (2016). Promover a Saúde: Dos fundamentos à ação, 2ª edição. Coimbra: Alameda.

Machado, M. (2015). Adolescentes. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.

Medeiros, T. (2015). Adolescência: Desafios e riscos, 2ª edição. Ponta Delgada: Letras Cavadas. Price, J., McAlinden, O. (2018). Essentials of Nursing Children and Young People. Londres: SAGE

Título do Poster:

"O empreendedorismo como ferramenta de empoderamento da enfermagem contemporânea"

Autores: Arielly Maria Ferreira de Moura Correia; Fernanda Miranda das Chagas; Gabriela Saldanha dos Santos Silva; Larissa Gomes da Silva Sales; Maria Rossana Cavalcanti Aguiar Silva; Thais Viana de Sousa; Marcela de Araújo Cavalcanti Maciel.

Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS
(mirandafernanda625@gmail.com; (81) 998909260)

Introdução: O empreendedorismo é definido como "a criação ou aperfeiçoamento de algo, com a finalidade de gerar benefícios aos indivíduos e a sociedade". Correlacionando essa concepção com o cuidado tem-se a percepção de produtos, inovações e novos serviços com um olhar da enfermagem para o benefício terapêutico de pessoas. Assim, o profissional de enfermagem vem obtendo reconhecimento por ter independência, nas práticas e intervenções próprias da profissão e realizadas por meio do planejamento, organização, coordenação, supervisão, execução, gerenciamento e avaliação dos serviços e da assistência de enfermagem oferecida aos clientes, independentemente do local de atuação. Consequentemente, o empreendedorismo na Enfermagem apresenta-se com grande importância para a ampliação da visibilidade e consolidação da profissão como ciência, tecnologia e inovação nos mais diversos cenários e campos de atuação. Só assim, a sociedade poderá conhecer os avanços da profissão, por meio de sua missão social e dos ganhos em saúde.

Objetivo: Verificar, por meio da literatura, as interfaces do empreendedorismo na enfermagem e os atributos inerente ao enfermeiro empreendedor

Método: Trata-se de um estudo de revisão de literatura, em que foram pesquisados 4 artigos indexados nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Scholar. Na busca, incluímos trabalhos que abordavam o empreendedorismo e a enfermagem, já nos critérios de exclusão descartamos os artigos que tenham relação com o empreendedorismo e a economia. No período de junho a julho de 2020, que não foram delimitados os anos de publicação. Estiveram em concordância com os seguintes descritores: Autonomia profissional; Autogestão; Enfermeiras administradoras; realizados por acadêmicas cursando o 5º período de enfermagem.

Resultados: : A princípio, o conceito de empreendedorismo foi discutido no âmbito econômico, gradativamente foi se difundindo para outras áreas do conhecimento, como a social, política e institucional e ganhando espaço também na área de saúde. Para enfermagem, o empreendedorismo encontra-se em ascensão com potencial para explorar o mercado de trabalho, a partir de abordagens em inúmeras áreas de atuação e especializações. Com isso, consultórios, atendimento domiciliar, consultorias e auditorias são algumas das modalidades que permite ao enfermeiro uma atuação autônoma e empreendedora. Para tanto, o mercado de trabalho exige um profissional com humanização, atenção integral à saúde e com a utilização adequada das tecnologias disponíveis. Referindo-se assim, o empreendedorismo na Enfermagem a atributos pessoais e profissionais, como autonomia, independência, flexibilidade, inovação, pró-atividade, autoconfiança e responsabilidade. Destaca-se ainda, a criatividade sendo um fenômeno humano que através de estudos conceituais pode-se colocar em prática ideias a fim de resolver ou buscar resultados para um problema de um paciente, auxiliando a construção um atendimento humanizado e de qualidade para a sociedade.

Conclusão: Conclui-se, portanto, que a enfermagem empreendedora está em constante processo de evolução, ampliando cada vez mais a visibilidade da profissão, e criando novas formas de atuação para os enfermeiros. Com isso, o empreendedorismo na

Enfermagem está ligado sobretudo com as características pessoais, o que permite relacionar o empreendedorismo a um comportamento e/ou perfil e/ou atitude do enfermeiro. Desta forma, é preciso que o enfermeiro tenha um olhar holístico e inovador para que o mesmo consiga se destacar neste mercado.

Descritores: Autonomia profissional; Autogestão; Enfermeiras administradoras;

Referências Bibliográficas:

- 1-Silva Copelli, F. H. (2019). Empreendedorismo na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Enfermagem.
- 2-Morais, J.A. (2013). Práticas de Enfermagem Empreendedoras e Autônomas. Cogitar Enfermagem.
- 3-Silva, V.C (2019). Tecnologias Ciber culturais e Educação Empreendedora: Caminhos em construção. Revista Observatório.
- 4-Richter, S. A. (2019). Ações empreendedoras em enfermagem: desafios de enfermeiras em posição estratégica de liderança. Acta Paulista de Enfermagem.
- 1-Leal, A.L.(2019). Modelos de atenção à saúde e sua relação com a gestão de enfermagem hospitalar. Revista Enfermagem UERJ.

Título do Poster:

"O conhecimento dos profissionais de saúde sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico"

Autores: Ana Lúcia Fernandes Barreto

Enfermeira com Pós-Graduação em Controlo de Infeção - Serviço de Cirurgia Geral e Hepatobiliopancreático no Hospital Curry Cabral Contacto: 963909266; L_u_c_i_a_barreto@hotmail.com

Introdução: A infeção do local cirúrgico é a infeção mais frequente dos serviços de cirurgia, causando elevados custos humanos (morbidade e mortalidade) e económicos (Wilson, 2001). No sentido de reduzir as taxas de infeção do local cirúrgico foram implementadas medidas de prevenção como seleção do antibiótico, "timing" da administração do antibiótico, a manutenção da normotermia, da oxigenação e normoglicémia e a correta realização da tricotomia (Alves, 2015). Assim sendo, os conhecimentos dos profissionais de saúde são essenciais, pois permitem atuar de forma a prevenir e a controlar as infeções contribuindo para a qualidade dos cuidados. Perante isso, realizou-se o estudo com a questão de investigação: Qual o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico?

Objetivos: Avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico

Método: O estudo é do tipo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa no serviço de um hospital de Lisboa. A população são os profissionais de saúde. A amostra é constituída por 29 profissionais de saúde que trabalham num serviço de um hospital de Lisboa. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário, tendo sido aplicado em setembro de 2018.

Resultados: Os profissionais de saúde responderam quase na totalidade acertadamente as questões:

Da infeção do local cirúrgico aumentar o tempo de internamento; Da infeção do local cirúrgico levar a um reinternamento e conseqüentemente a custos acrescidos; Das comorbidades dos doentes deverem ser compensadas e corrigidas antes da cirurgia; Do banho ser realizado na véspera e no próprio dia da cirurgia, como medida preventiva da infeção do local cirúrgico;

Da descontaminação da sala cirúrgica permitir a prevenção da infeção do local cirúrgico. Contudo nem todos os resultados foram positivos, uma vez que os profissionais de saúde

demonstram elevado número de respostas incorretas em relação: A definição de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde; A classificação da ferida cirúrgica de acordo com o grau de probabilidade de contaminação; As principais fontes de microrganismos; Ao momento ideal para realizar a tricotomia e se essa quando realizada causa aumento do risco de infeção do local cirúrgico; Ao momento correto de administração dos antibióticos profilaticamente durante a cirurgia; A quando se considera infeção do local cirúrgico; As medidas necessárias no tratamento do local cirúrgico; As conseqüências dos desinfetantes quando utilizados na ferida; Aos fatores de risco para a infeção do local cirúrgico.

Conclusão: No estudo verificou-se algumas lacunas nos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre questões relacionadas com a infeção do local cirúrgico. Sendo a infeção associada aos cuidados de saúde uma preocupação nos dias de hoje, essa é vista como um problema a qual devemos estar atentas e intervir atempadamente, para isso os saberes são essenciais. Esses conhecimentos vão permitir tomar decisões mais adequadas, permitindo ganhos em saúde, tanto nos doentes como na instituição.

Descritores: conhecimento, profissionais de saúde, infeção, local cirúrgico.

Referências Bibliográficas:

Alves, M. et al (2015). Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Contributos para a tomada de decisão em Enfermagem. Coimbra.

Wilson, J. (2001). Controlo de Infeção na Prática Clínica. Loures: Lusociência.

Título do Poster: "O Processo de Ensino-Aprendizagem no Método ABP em Tempos de Pandemia: Uma Análise sob a Ótica de Acadêmicas de Enfermagem"

Autores: Larissa Gomes da Silva Sales¹; Luciana Marques Andreto².

¹Discente da Faculdade Pernambucana de Saúde (larissagsss13@gmail.com; (81) 996693077)

²Enfermeira e docente da Faculdade Pernambucana de Saúde(lucianandreto@fps.edu.br)

Introdução: Atualmente, se vive uma pandemia ocasionada pelo novo coronavírus. Esse cenário atual, ocasionou dificuldades no processo ensino-aprendizagem, pois, de repente, o distanciamento social passou a ser regra e escolas/universidades foram fechadas, logo, a educação teria que se adequar a esse novo contexto. Desta forma, o processo de ensino-aprendizagem se restringiu ao universo acadêmico mediado pelas tecnologias sendo necessárias várias mudanças e novas adaptações tanto para os discentes como também para os docentes. A metodologia ativa tem sido eficaz no processo de ensino-aprendizagem, pois, o estudante precisa desenvolver o raciocínio e a comunicação, habilidades que são essenciais para a sua futura vida profissional. Com isso, faz com que os estudantes busquem o seu próprio aprendizado e se responsabilize pelo o mesmo. Assim, a educação de forma remota, tem uma relação muito forte com as metodologias ativas uma vez que nela, quem ensina e quem aprende estão fisicamente separados pela distância e torna-se necessário que as formas de trabalho favoreçam a autoaprendizagem pela estudante.

Objetivos: Compartilhar a percepção de acadêmicas de enfermagem durante esse período de isolamento social, sobre a experiência em participar de aulas remotas em uma faculdade de saúde que utiliza metodologia ativa.

Método: Estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado no período de junho a julho de 2020 na cidade de Recife-Pernambuco, Brasil.

Resultados: Durante esse período de isolamento social, os grupos tutoriais acontecem de forma sincrônica. Os encontros acontecem duas vezes e laboratório uma vez na semana de forma virtual e com a "presença" do docente em tempo real, dessa forma as dúvidas podem ser sanadas no momento em que surgem. As atividades de laboratório também acontecem no ambiente virtual e os conteúdos são apenas teóricos. Destacando que na volta às aulas os alunos revisaram a prática de cada procedimento visto nos laboratórios por via remota. Os outros dias da semana são dedicados ao estudo autodirigido, temos uma plataforma acadêmica em que nos permite trocarmos conhecimento e tirarmos dúvidas, é chamado como "fórum". Inicialmente, o momento foi marcado por bastante ansiedade, contudo, os alunos sempre tiveram o apoio tanto da faculdade como dos docentes. Ainda assim, os estudantes e docentes de início estavam se adaptando com as plataformas que são utilizadas para que as aulas aconteçam. Sendo assim, o compartilhamento de conhecimentos em tempo real, possibilitou uma experiência mais próxima do ensino presencial e facilitou o estabelecimento de uma rotina diária para os estudantes.

Conclusão: A experiência foi significativa, sinalizando que o cenário em questão é muito importante para o processo de ensino-aprendizagem, pois, muitas pessoas tiveram que se adaptar ao "mundo da tecnologia". Além disso, tem sido um momento em que nunca foi vivido antes com essa mesma intensidade. Sendo assim, o encorajamento dos docentes faz com que muitos alunos consigam desenvolver uma boa comunicação e também estar sempre em busca do seu próprio conhecimento.

Descritores: Pandemias; Aprendizagem Baseada em Problemas; Educação em Enfermagem

Referências Bibliográficas:

1. Teresinha, R.N.R. (2020). Das aulas presenciais às aulas remotas: as abruptas mudanças impulsionadas na docência pela ação do Coronavírus - o COVID-19, V. VI, N. 1.
- 2.Carvalho, L.A.V. (2020). Aulas remotas em tempos de COVID-19: A percepção de discentes de um programa de mestrado profissional em educação. V. 13, N. 2, p.47-60.
- 3.Machado, A. B. (2020). Aulas Presenciais em tempos de pandemia: relatos de experiências de professores do nível superior sobre as aulas remotas. V.25, N.51, P.255-280.
- 4.Coeli, V.B.Q. (2020). A experiência da aprendizagem remota: quanto tempo demais na tela?
5. Luiz, R.P.T., Shitsuka, R., Leandro, M.A.B., Moreira, D.S. & Chantal, P.D.S.(2020). Metodologias ativas.

Título do Poster: "O

uso da ferramenta Webex Meetings no ensino da Enfermagem em tempos de COVID-19: um Relato de Experiência"

Autores: Geyslane Pereira Melo de Albuquerque¹; Viviane Rolim de Holanda²; Luciana Marques Andreto³

1) Faculdade Pernambucana de Saúde FPS, email: lanninha_pereira@hotmail.com, telefone: 81-9.9751-3393; 2), Universidade Federal da Paraíba - UFPB; 3) Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Introdução: A pandemia da Covid-19 trouxe imensos desafios para todos os setores da sociedade, no Brasil e no mundo. Na tentativa de controlar e reduzir a gigante disseminação do novo Coronavírus, medidas profiláticas de distanciamento social foram adotadas pelos países, sem saber ao certo o momento em que deixarão de ser necessárias. Neste sentido, muitas redes de ensino interromperam o funcionamento das aulas e necessitaram se readaptar nas modalidades remotas. Diante deste novo cenário epidemiológico é imprescindível que as instituições de ensino da enfermagem busquem novas estratégias que consigam otimizar o processo de ensino-aprendizagem do aluno como fator decisivo e inerente à própria práxis de seu trabalho.

Objetivos: Relatar a experiência do emprego da ferramenta Webex Meetings no ensino da enfermagem em tempos de COVID-19.

Método: Trata-se de um relato de experiência durante a pandemia do COVID-19, em que foi necessário o aprimoramento das aulas de Saúde da Mulher em virtude do isolamento social. Durante o período da pandemia o corpo docente e discente de uma Instituição de Ensino Superior do Recife-PE recebeu treinamento e orientações sobre o uso da ferramenta Webex Meetings para facilitar a continuidade das atividades teóricas de

maneira remota. Esta ferramenta pertence ao grupo Cisco, o qual fornece auxílio através de reuniões online web conferência e aplicações de vídeo conferência. As aulas aconteceram em dois turnos semanais, separados em três grupos diferentes compostos por 12 alunos, cada qual com um tutor especialista em enfermagem obstétrica, nos quais eram abordados os conteúdos relacionados as áreas de ginecologia e obstetrícia.

Resultados: A Instituição de Ensino Superior em que a experiência se desenvolveu é a única faculdade de ensino de Pernambuco que trabalha com o método de Aprendizagem Baseada em Problemas, desta forma ao introduzir a ferramenta Webex Meetings na modalidade de ensino remoto durante a pandemia continuou contribuindo com os princípios da construção coletiva, flexibilidade curricular, interdisciplinaridade e problematização do saber como essenciais para a aquisição de uma aprendizagem significativa no ensino da enfermagem. Durante os encontros foram abordados em módulos referentes a Saúde da mulher compreendendo: as políticas de atenção à mulher e gênero, o processo de reprodução humana e a enfermagem na saúde da mulher no contexto biopsicossocial. Observou-se um engajamento dos alunos no enfrentamento aos desafios diante do COVID-19, o fortalecimento dos vínculos afetivos, a iniciativa para elaboração de grupos de estudos devido aos testes cognitivos, além de reuniões com os grupos de pesquisa e extensão de saúde da mulher

Conclusão: A inovadora estratégia do uso do Webex Meetings no ensino de graduação em enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior revelou a necessidade de potencialização de seu uso em outros centros universitários, bem como a possibilidade de uma estratégia efetiva e promissora no futuro científico da enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Educação em Enfermagem; Tecnologias Educacionais; Educação em Saúde.

Referências Bibliográficas:

Prado, C., Santiago, L.C., Silva, J.A.M., Pereira, I.M., Leonello, V.M., Otrentil E., et al. (2012, set-out) Ambiente virtual de aprendizagem no ensino de Enfermagem: relato de experiência. Rev Bras Enferm, 65(5): 862-6. Disponível <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/22.pdf>

Masson, V.A., Ribeiro, R.L., Hipólito, M.C.V., Tobase, L. (2014, jul-set). Construção de objetos virtuais de aprendizagem para o ensino da história em enfermagem. REME Rev Min Enferm18(3): 764-769. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n3a19.pdf>

Título do Poster: "O WhatsApp como ferramenta de comunicação no trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família"

Autores: Simone Grazielle Silva Cunha¹, Laura Andrade Pinto², Marina Correa Alves dos Reis³, Andréia Guerra Siman (4) Camila Silveira Santos (5), Maria José Menezes Brito (6)

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Minas Gerais, Brasil

Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Enfermagem e Medicina, Minas Gerais, MG, Brasil. 5 Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Minas Gerais, Brasil.

6 Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada, Minas Gerais, Brasil.

Introdução: A comunicação é a troca de informação e aproximação entre as pessoas, sendo capaz de promover oportunidades de compartilhar inquietações, vitórias, contribuições interpessoais, e ainda, melhorar a satisfação da equipe e alcançar melhores resultados (Previato & Baldissera, 2018). Espera-se que o enfermeiro no contexto da Estratégia Saúde da Família possua competência para consolidar a gestão comunicativa, viabilizando troca de informações entre equipe e usuários, com vistas a promover um ambiente harmônico, em prol da busca pela qualidade da assistência (Lopes et al., 2002).

O WhatsApp Messenger é um aplicativo que viabiliza a comunicação por meio de texto, som e imagem, possui custo baixo e é acessível a grande parte da população.

Acredita-se que esse aplicativo seja capaz de facilitar o processo de comunicação entre enfermeiro, usuário e equipe (Santos et al., 2020). A utilização do WhatsApp é, pois, importante f

erramenta na comunicação do enfermeiro, com repercussões para o processo do cuidado, a conduta prática e as relações de trabalho. Na Estratégia Saúde da Família esse recurso comunicacional pode ser ainda mais viável e aplicável em decorrência das ações, que ocorrem na prática, em locais distintos e são realizadas por diferentes atores. Mediante as considerações apresentadas indaga-se: Como o enfermeiro utiliza o aplicativo WhatsApp no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família?

Objetivos: Compreender a utilização do WhatsApp no trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

Método: Estudo de caso único, qualitativo, realizado em seis Estratégias Saúde da Família, localizadas no município de Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. Participaram dez enfermeiros. Os critérios de inclusão foram: enfermeiros que realizassem atendimento de enfermagem e com vínculo empregatício com a unidade. Utilizou-se o critério de saturação dos dados. A coleta foi realizada de agosto a novembro de 2018, mediante entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado, técnica do "Gibi" e observação. A análise dos dados foi por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais (Parecer nº2.740.035).

Resultados: A análise dos dados resultou em duas categorias temáticas: "Estratégias de comunicação com os usuários por meio do WhatsApp" e "Utilização do WhatsApp para comunicação entre equipe". Na primeira categoria os enfermeiros relataram que o WhatsApp é utilizado para manter uma relação

mais próxima com os pacientes, fazer orientações pontuais, disponibilizar informações corretas, enviar informações sobre campanhas de vacinação, realizar grupo de gestantes, orientar sobre doenças, acompanhar tratamentos de feridas e agendamento de visita domiciliar. Uma das enfermeiras relatou a busca do compartilhamento de informações de forma clara e coerente para evitar interpretações equivocadas por parte dos pacientes. Também foram mencionadas as preocupações com a veracidade das informações advindas de mídias sociais, o que resulta, em certas ocasiões, da necessidade de disponibilização de informações corretas.

Em relação a segunda categoria, a utilização do WhatsApp se destina à troca de informações com a equipe, tendo sido mencionados comunicados da secretária de saúde, troca de experiências clínicas entre profissionais, alinhamento de informações e esclarecimento de dúvidas.

Os enfermeiros atribuem a escolha do WhatsApp como estratégia de comunicação à rapidez, privacidade e possibilidade de abordagem do quadro clínico do paciente. Acrescenta-se que eles utilizam essa ferramenta respeitando os preceitos éticos, principalmente ao fazer encaminhamentos com outras pessoas, unidades especializadas e é o vínculo entre a secretaria municipal de saúde e a Estratégia Saúde da Família.

Conclusão: Conclui-se que o WhatsApp seja uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro para facilitar a comunicação e aproximação com a equipe e pacientes, sem necessariamente estar presente fisicamente, sendo relevante no âmbito das intervenções em saúde.

Descritores: Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Tecnologia da Informação, Comunicação

Referências Bibliográficas:

Bardin, L. (2011). Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70.

Lopes, O. C. A., Henrique, S. H., Soares, M. I., Celestino, L. C., Leal, L. A. (2020). Competências dos enfermeiros na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery, 24(2), e20190145. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145

Previato, G. F.; Baldissera, V. S. A. (2018). A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. Interface, 22(suppl 2), 1535-47. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>

Santos, C. R. N., Lira, M. C. C., Burgos, T. M. R.; Campos, M. B. S., Santos, E. K. M., Heimann, C., Gouveia, V. A. (2020). A utilização de aplicativo para trocar de mensagens como ferramenta para o gerenciamento de enfermagem. Revista Enfermagem Atual In Derme, 91(29). Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.590>

Título do Poster: "Práticas e Reflexões de Metodologias no Ensino de Enfermagem no Domínio da Catástrofe"

Autores: Paulo Alexandre Figueiredo dos SANTOS¹, Isabel Cristina Mascarenhas RABIAIS², José Joaquim Penedos Amendoeira ³, Sílvia Caldeira⁴.

1 RN, MsC, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutorando na Universidade Católica Portuguesa, integrado no CIIS-UCP, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

2 RN, MsC, Doutoramento em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa.

3 RN, MsC, PhD, Post-PhD, Professor Coordenador Escola de Enfermagem do Instituto Politécnico de Santarém, Investigador Integrado no CIIS-UCP.

4 RN, MsC, PhD, Post-PhD, Professora Auxiliar Convidada na Universidade Católica Portuguesa. Investigadora Integrada no CIIS-UCP.

Introdução: As catástrofes traduzem-se em processos de rutura e caos social, o que determina a educação/formação dos profissionais de enfermagem para um agir competente em cenários desta natureza. A construção dos saberes pelos estudantes de enfermagem, advém em grande parte, da experiência clínica (Baack & Alfred, 2013), porém as situações de catástrofe não são suscetíveis de serem reproduzidas, o que perturba a possibilidade de conceptualização e planeamento de cuidados, o estabelecimento de prioridades e uma prática de reflexão (Achora & Kamanyire, 2016).

Nesta perspetiva, torna-se necessário desencadear estratégias de articulação entre a teoria e a prática, que ajudem os estudantes no processo de análise e exploração desses contextos específicos, possibilitando o desenvolvimento de capacidades pautadas em referenciais que permitam a aquisição de competências par assegurar uma intervenção eficiente (Sopelsa, Trevisol & Mello, 2015; Hoffmann, Pohl & Hering, 2017).

Objetivo: Explorar as potencialidades da cooperação interinstitucional e transdisciplinar na ação pedagógica dos estudantes do curso de licenciatura no domínio da catástrofe.

Método: Estudo de natureza qualitativa, com recurso à triangulação de métodos, como entrevistas e focus group. Participaram presidentes do conselho técnico-científico ou coordenadores/diretores dos cursos de licenciatura das escolas de enfermagem Portuguesas e enfermeiros considerados peritos no domínio da catástrofe. O instrumento de colheita de dados integrou um guião de entrevista semiestruturada com quatro questões abertas e um questionário (tipo Likert), a partir do core de competências definidas pelo projeto Tuning Educational Structures in Europe – Fase I (2003), no sentido de avaliar a perceção dos presidentes do conselho técnico-científico ou coordenadores/diretores dos cursos de licenciatura em enfermagem e dos enfermeiros peritos no domínio da catástrofe. As entrevistas foram realizadas presencialmente nas instalações das escolas de enfermagem e o focus group na Universidade Católica Portuguesa. Para o tratamento de dados recorreu-se à análise de conteúdo. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Resultados: De acordo com os presidentes do conselho técnico-científico ou coordenadores/diretores dos cursos de licenciatura em enfermagem e dos enfermeiros peritos no domínio da catástrofe, o processo de parcerias estratégicas de cooperação reveste-se de particular interesse na enfermagem de catástrofe, pois permite a consciencialização das responsabilidades do enfermeiro nesses contextos, assim como os sistemas de apoio à decisão; promove a colaboração e minimiza a duplicação de procedimentos; reduz a competição por recursos; permite conhecer as implicações da tradução do conhecimento para a evidência, promover a educação contínua, e uma prática padronizada. É na concentração da gestão dessas interligações que poderão surgir os benefícios da integração vertical, através do fortalecimento das conexões entre os parceiros inseridos no sistema organizacional que funcionam num projeto coletivo.

Título do Poster: " Práticas Integrativas e Complementares no Contexto da Enfermagem: uma Revisão Integrativa"

Autores: Larissa Chagas Suhett¹, Juliana Maria Bello Jastrow¹, Caroline Nascimento de Souza¹, Larissa Zuqui Ribeiro¹, Laís Lopes Gonçalves¹, João Vitor Nascimento Palaoro¹, Alessandra Aparecida de Saldes², Italla Maria Pinheiro Bezerra³

(lasuhett@gmail.com; +55 027 9.9775-5585)

¹Discentes da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES – EMESCAM

² Discente da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

³Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES – EMESCAM.

Introdução: As práticas integrativas e complementares são caracterizadas como um conjunto de práticas e ações terapêuticas que não estão presentes na biomedicina e buscam novas perspectivas de mudança do paradigma mecanicista utilizado na atenção à saúde. Tais práticas defendem o cuidado integral ao paciente, atentando para a tríade corpo-mente-alma. Com a política nacional de práticas integrativas e complementares, foi regulamentada a acupuntura, homeopatia, fitoterapia, crenoterapia, medicina antroposófica, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa (TCI), yoga, aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais, sendo a atenção básica em saúde o espaço mais utilizado para a inserção dessas práticas. Em conjunto com a enfermagem as práticas integrativas e complementares são necessárias, pois proporcionam durante a assistência, o cuidado integral, a visão holística do processo saúde-doença, a promoção de qualidade vida dos

usuários, além de, ampliar os campos de atuação do enfermeiro, bem como, aumenta a visibilidade desses profissionais. Ademais, buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Apesar da necessidade de tais práticas na enfermagem, esse tema ainda é pouco discutido na literatura, sendo assim essencial a ampliação de discussões acerca do tema e abordagem de como a enfermagem possui papel fundamental na aplicação dessas práticas.

Objetivo: Descrever as práticas integrativas e complementares no contexto da enfermagem.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Brasil – BVS durante o mês de julho de 2020. Para a busca utilizou-se os descritores baseados no Decs, e assim montou a estratégia de busca: práticas integrativas AND enfermagem. Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis, idioma português, ano de publicação entre 2015 a 2019. Foram excluídas teses, dissertações e revisões de literatura.

Resultados: Foram encontrados 64 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e da leitura de títulos e resumos, posteriormente realizando-a de forma completa, resultou-se em um total de quatro artigos analisados. A partir dos artigos analisados foi possível observar que os enfermeiros possuíam pouco conhecimento acerca das práticas integrativas e complementares em razão das lacunas no processo formativo e da falta de educação permanente, refletindo na falta de embasamento científico para atuar com essas práticas em seu cotidiano. Além disso, notou-se a falta de conhecimento por parte de gestores sobre a incorporação dessa política no SUS, a escassez de estrutura física e capacitação dos profissionais e a predominância do modelo biomédico na formação e na assistência do cotidiano de trabalho.

A par do desenvolvimento da prática reflexiva, estas parcerias de cooperação, permitem aos estudantes desenvolver também capacidades de trabalho em equipa, relações interpessoais, partilha de responsabilidades, aprender a aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas, capacidades consideradas cruciais no domínio da catástrofe, permitindo ações de socorro mais concertadas e eficazes, assim como uma melhor gestão dos recursos disponíveis.

Conclusão: As parcerias estratégicas entre entidades com responsabilidade na prossecução das atividades de proteção e socorro são necessárias de modo a concretizar metodologias pedagógicas mais inovadoras e recursos educativos no domínio da catástrofe, que permitam despertar nos estudantes o interesse e capacidade para compreender as regras ou normas gerais de atuação, assim como produção de novo conhecimento para a disciplina de enfermagem no domínio da catástrofe.

Descritores: Estudante; transdisciplinaridade; Competências profissionais; Ensino em enfermagem

Referências Bibliográficas:

Hoffmann, S.; Pohl, C. & Hering, J. G. (2017). Methods and procedures of transdisciplinary knowledge integration: Empirical insights from four thematic synthesis processes. *Ecology and Society*, 22 (1):27. [Consultado em: 17 de agosto 2019]. [Recuperado de: <https://doi.org/10.5751/ES-08955-220127>].

Sopelsa, M., Trevisol, G. & Mello, R. O. (2015). Transdisciplinaridade como base para reconstrução dos saberes docentes no ensino fundamental com vistas à qualidade da educação. *Revista de Educação. PUC-Camp.*, Campinas, 20(2), p.95-106, maio/ago. [Consultado em: 23 de junho 2019]. [Recuperado de: <http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/view/2664/2157>].

Achora, S. & Kamanyire, K. J. (2016). Disaster preparedness need for inclusion in undergraduate nursing education. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, February, Volume 16, Issue: 1, 15–19. [Consultado em: 22 de setembro 2019]. [Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26909207>].

Baack, S. & Alfred, D. (2013). Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 281–287. [Consultado em: 12 de abril 2019]. [Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/jnu.12029>].

Conclusão: As práticas integrativas e complementares na atuação da enfermagem são de suma importância pois tais assistências proporcionam uma assistência diferenciada e amplia os campos de atuação do enfermeiro dando-o mais visibilidade. Diante do exposto, o enfermeiro precisa conhecer essas práticas, confrontar com a estagnação das terapêuticas existentes e emancipar-se, de modo a ocupar esse espaço, transformando a assistência em um cuidado mais amplo, humano e capaz de potencializar a autonomia do outro.

Além disso, vê-se a necessidade na inclusão de matérias optativas ou obrigatórias, debates durante a graduação relacionadas as PIC com o objetivo de abordar com futuros profissionais acerca das áreas de atuação e uma maior participação por parte dos gestores na implantação de educação permanente nos serviços de saúde a fim de aprimorar o conhecimento sobre tais práticas.

Descritores: Nursing; Complementary Therapies; Holistic Nursing; Nursing Care

Referências Bibliográficas:

Assis, W. C., Britto, F. R., de Oliveira Vieira, L., dos Santos, E. S., de Oliveira Boery, R. N. S., & Duarte, A. C. S. (2018). Novas formas de cuidado através das práticas integrativas no sistema único de saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(2).

Matos, P. C., Rodrigues Laverde, C., Gomes Martins, P., Martins de Souza, J., Ferreira de Oliveira, N., & Pilger, C. (2018). PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. *Cogitare Enfermagem*, 23(2).

Mendes, D. S., de Moraes, F. S., de Oliveira Lima, G., da Silva, P. R., Cunha, T. A., Crossetti, M. D. G. O., & Riegel, F. (2019). Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem/Benefits of integrative and complementary practices in nursing care/Beneficios de las prácticas integrativas y complementarias en el cuidado de enfermería. *JOURNAL HEALTH NPEPS*, 4(1), 302-318.

Ministério da Saúde. (s.d). *Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Soares, D. P., Coelho, A. M., da Silva, L. E. A., da Silva, R. D. J. R., de Figueiredo, C. R., & Fernandes, M. C. (2019). Política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde: discurso dos enfermeiros da atenção básica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 9. algum texto do corpo

Título do Poster: "Produção científica brasileira sobre ferramentas digitais no ensino de Enfermagem"

Autores: Geyslane Pereira Melo de Albuquerque¹, Viviane Rolim de Holanda², Eliane Rolim de Holanda

¹Universidade de Pernambuco - UPE, email: lanninha_pereira@hotmail.com, telefone: 81-9.9751-3393.
²Universidade Federal da Paraíba - UFPB. ³Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Descritores:

Enfermagem; Educação em Enfermagem; Tecnologias Educacionais, Ensino.

Introdução: Nos últimos anos, a utilização de tecnologias digitais na Enfermagem tem se intensificado, tanto na área do ensino, como na pesquisa e na assistência, o que desperta o interesse pela produção de conhecimentos sobre o tema. No ensino de Enfermagem, as ferramentas digitais constituem-se objetos educacionais capazes de otimizar o processo de aprendizagem de acadêmicos de enfermagem de modo complementar a educação tradicional.

Objetivo: Objetivou-se analisar a produção científica brasileira sobre ferramentas digitais no ensino de enfermagem.

Método: Trata-se de um estudo bibliométrico, realizado nos periódicos científicos de Enfermagem editados no Brasil e disponibilizados eletronicamente. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio do acesso aos portais de 17 periódicos brasileiros de enfermagem, utilizando-se os descritores: tecnologia (technology/ tecnologia) e ensino de enfermagem (education

nursing/ educación en enfermeira). Realizou-se leitura dos títulos de cada artigo, seguida da leitura do resumo. Posteriormente, realizou-se leitura e análise do artigo na íntegra para extração de dados bibliométricos. Foram excluídos editoriais, relato de experiência, ensaios, reflexão e nota prévia.

Resultados: A amostra foi composta por 89 artigos científicos. A análise dos mesmos possibilitou verificar que a aplicação das ferramentas digitais no ensino de Enfermagem concentrou-se no ensino de graduação (39,13%) seguido da educação permanente (17,40%) e da pós-graduação (2,89%). Houve predomínio nas publicações científicas de instituições públicas de ensino da região Sudeste (42,58%), seguido pela região Nordeste (39,23%) do Brasil. Os principais assuntos abordados nas publicações foram desenvolvimento e avaliação de ambientes virtuais de aprendizagem e educação à distância (28,58%), produção e avaliação de software educativo (22,85%), criação e validação de website para ensino (9,99%), telessaúde e videoconferência (4,27%), elaboração de blog e grupos virtuais (4,28%), desenvolvimento de vídeo educativo e podcast (4,98%).

Conclusão: Percebe-se que houve concentração de publicações nos últimos anos, o que demonstra que é atual para a Enfermagem brasileira o interesse pelas ferramentas digitais de ensino e coincide com o desenvolvimento tecnológico do país, nesta última década.

Observa-se a tendência da incorporação das ferramentas digitais no ensino da Enfermagem por meio do desenvolvimento de objetos digitais e experiências híbridas de aprendizagem. Portanto, o uso de ferramentas digitais de ensino vem se consolidando tanto na experiência da educação presencial como em cursos à distância complementar para aperfeiçoamento profissional.

Referências Bibliográficas:

Holanda, V. R. de, Pinheiro, A. K. B., Fernandes, A. F. C., Holanda, E. R. de, Souza, M. A. de, & Santos, S. M. J. dos. (2013). Análise da produção científica nacional sobre a utilização de tecnologias digitais na formação de enfermeiros. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 15(4), 1068-77. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/22448>

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira, et al. Tecnologia no ensino de enfermagem. Revista Baiana de Enfermagem, v. 29, n. 1, 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9883>

DOMENICO, Edvane Birelo Lopes De; COHRS, Cibelli Rizzo. Plataforma Moodle na construção do conhecimento em Terapia Intensiva: estudo experimental. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 29, n. 4, p. 381-389, Aug. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000400381&script=sci_abstract&tlng=pt

Título do Poster: "Promoção de Cuidados Não Traumáticos na Vacinação em Crianças de 5 Anos"

Autores: Maria Isabel Valente Caetano Pereira¹, Ana Lina Martins Teixeira², Eleonora Catarina Ferreira Borges³, Elisabete Oliveira Santos Venâncio⁴, Graça Maria Nunes da Silva da Silveira Machado⁵, Guida Maria Fonseca Santos Mouro⁶, Maria Cristina Lopes Coelho⁷, Maria Cristina Marques Santos Silva⁸

1) Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. (isabel.v.pereira@arslvt.min-saude.pt; 965892052)

2) Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;

3) Enfermeira, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; 4) Enfermeira, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; 5) Enfermeira, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; 6) Enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; 7) Enfermeira, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; 8) Enfermeira, USF Carnaxide, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;

Descritores: Pain, Procedural; Vaccination; Child, Preschool; Primary Health Care

Introdução: A vacinação é uma das mais seguras e custo-efetivas intervenções em saúde pública (WHO, 2019). O seu impacto é facilmente observável em ganhos em saúde, sendo Inquestionável o enorme número de vidas poupadas a cada ano (WHO, 2020). São os enfermeiros, os profissionais responsáveis pelo sucesso da aplicação do Plano Nacional de Vacinação que, com o seu empenho, aliado às suas competências técnicas, científicas e deontológicas têm permitido alcançar taxas de cobertura vacinal superiores a 95% (DGS, 2020). Muitos têm sido os desafios que impõem uma constante procura pelo que são as boas práticas e cuidados de excelência.

De indiscutível importância, a vacinação não deixa de ser um procedimento doloroso e gerador de stress para todos os intervenientes, principalmente quando é dirigida à população pediátrica. Minimizar o desconforto físico e emocional associado ao momento da vacinação através de estratégias de prevenção da dor na criança, aplicadas sistematicamente e forma padronizada, com consciência da sua intencionalidade terapêutica é o propósito major deste estudo.

Objetivo: Identificar estratégias de prevenção da dor e desconforto emocional utilizadas pelos enfermeiros da USF Carnaxide, no momento da vacinação, em crianças de 5 anos; Conhecer os comportamentos mais relevantes das crianças no momento da vacinação, na USF Carnaxide e na idade chave dos 5 anos.

Método: Observação do momento da vacinação e registo da estratégia de controlo da dor utilizada pelos enfermeiros; Observação do comportamento da criança durante o ato da vacinação com registo da presença ou ausência de choro e da necessidade ou não de contenção física. Os dados estatísticos descritivos foram obtidos através do tratamento de dados em Excel.

Resultados: Em 2019 foram observados 69 momentos de vacinação em crianças com 5 anos em que 65 % vieram acompanhadas pela mãe, 29% pelo pai e 6% pela avó; 23% das crianças não foram previamente preparadas pelo acompanhante e não sabiam que teriam vacinas a tomar; 48% das crianças choraram durante a administração da vacina; 28% das crianças necessitaram de contenção física durante o procedimento; Em 99% das situações foram utilizadas pelos enfermeiros estratégias não farmacológicas no controlo da dor, nomeadamente o reforço positivo com 45%, folhear um livro com 14%, visualização de vídeo com 10%, contar até 10 com 9%, distração com 7% e desenho com 3%.

Conclusão: Tendo consciência dos resultados aqui exibidos e sabendo que o domínio das intervenções não farmacológicas de alívio da dor requer formação e treino por parte das equipas de enfermagem (OE, 2013), foi realizada formação em serviço dedicada a esta área de atuação. Assim, foram uniformizadas intervenções, ferramentas e métodos já empiricamente evidentes no controlo da dor, mas que permaneciam subutilizados na prática diária.

Foi construída a “caixa arco-íris” contendo diversos brinquedos terapêuticos e sensoriais, entre os quais um “pote da calma” inspirado no método Montessori e que é conhecido por captar a atenção da criança, proporcionando relaxamento em momentos de ansiedade. Foram realizados cartazes e folhetos informativos dirigidos aos pais com indicações úteis sobre estratégias não farmacológicas no alívio do desconforto. Por último, foi promovida uma filosofia de cuidados não traumáticos que acabou por estender-se a outras faixas etárias e a outras áreas de atuação relacionadas com procedimentos dolorosos em crianças e adolescentes.

Referências Bibliográficas:

DGS (2020). Programa Nacional de Vacinação. Boletim, (3),1-10. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boletim-n-3-do-programa-nacional-de-vacinacao-abril-2020-pdf.aspx>.

OE (2013). Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor da criança. Cadernos OE. 6 (1), 1-75.

WHO (2019). Immunisation Coverage. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>.

WHO (2020). Immunisation Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind. Recuperado de https://www.who.int/immunization/immunization_agenda_2030/en/.

Título do Poster: "Quando o Futuro passa por uma Sexualidade Saudável através de Intervenções de Enfermagem"

Autores: Carolina Henriques¹, Sónia Ramalho²,
Luisa Santos³, Elisa Caceiro⁴

1)Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal. carolina.henriques@ipleiria.pt, 913146817. 2) Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal. 3) Health School, Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal. 4) Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal.

Descritores: Sexualidade;
Jovens; Intervenção; Enfermagem

Introdução: Saúde Sexual é vista, de acordo com a WHO (2018) como um estado de bem-estar físico, mental e social relacionado com a sexualidade. Implica uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das interações sexuais, comportando experiências sexuais seguras e prazenteiras, livres de coerção, discriminação e violência.

Na fase da adolescência, os jovens passam por uma grande mudança, principalmente a nível sexual. É nesta fase que vivenciam os processos de descoberta mais íntima do outro e em que há o estabelecimento de vínculos afetivos (Oliveira, Nelas, Aparício & Duarte, 2014).

Hoje sabemos, que é determinante a vivência de uma sexualidade saudável para que possamos ter uma vida salutar nas suas diferentes dimensões. Desta forma, os enfermeiros deverão ser capazes de desenvolver intervenções que potenciem a vivência de uma sexualidade saudável nas diferentes fases do ciclo vital, sendo que é na adolescência que esse trabalho deva ser iniciado de uma forma mais estruturada.

Objetivo: Conhecer as características sociodemográficas dos jovens que frequentam o ensino profissional; determinar o impacto de uma intervenção de enfermagem (programa de intervenção) nos conhecimentos sobre planeamento familiar e métodos contraceptivos em jovens, que frequentam o ensino profissional de uma escola profissional da região centro de Portugal.

Método: Estudo quase –experimental, do tipo pré – teste e pós – teste, sem grupo de controlo, transversal, numa amostra não probabilística de conveniência, constituída por 91 jovens que frequentam o ensino profissional numa escola profissional da zona centro de Portugal. Foram aplicados os procedimentos formais e éticos.

Resultados: Participaram 91 estudantes com média de idades 16,30 anos, 80,2% do sexo masculino, 72,5% vivem com os pais e 60,4% vivem em meio rural. Principais resultados sobre os conhecimentos relativos ao planeamento familiar: "A pilula é um método contraceptivo de barreira", 76,9% responderam incorretamente ou não sabiam. "É muito difícil engravidar na primeira relação", 75,8% respondeu a opção correta. Sobre infeções sexualmente transmissíveis, 68,7% referem que obtém a informação na internet. Para 51,7% a transmissão é através de beijos e 41,17% pela utilização de casas de banho públicas. Feridas no pénis/vagina e a dor nas relações são os principais sintomas. Verificamos que nesta amostra de 91 estudantes, que frequentavam um curso do ensino profissional, a média de conhecimentos antes da intervenção rondava os 13,62 (num total de 22) e após a intervenção de enfermagem essa média aumentou para 16,58, valores acima do valor medio da escala (11). Concluimos também que, após avaliar os conhecimentos antes e após a intervenção, verificaram-se diferenças estatisticamente muito significativas ($Z: - 6,378$ e $p \leq 0,000$) no impacto da intervenção de enfermagem.

Conclusão: De acordo com a WHO (2010), a realização de uma educação sexual holística permite conceder às crianças e aos jovens informação cientificamente correta acerca dos

aspectos que constituem a sexualidade tal como ajudar os mesmos a desenvolver capacidades que lhes permitam agir em conformidade com a informação que lhes é dada.

Referências Bibliográficas:

Oliveira, V., Nelas, P., Aparício, G., Duarte, J. (2014). A motivação sexual dos adolescentes: Influências dos fatores sociodemográficos. *Millenium*, 4, p.197-210. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2299/1/12.pdf>

World Health Organization. (2010). WHO Regional Office for Europe and BZgA – Standards for sexuality education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists.

Título do Poster: "Sistémica Familiar e a Enfermagem de Família - Um Compromisso para o Futuro."

Autores: Carolina Henriques¹, Tânia Fernanda Mesquita da Silva Jordão²

1) Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Polytechnic of Leiria, School of Health Sciences, Leiria, Portugal, carolina.henriques@ipleiria.pt, 913146817
2) Polytechnic of Leiria, School of Health Sciences, Leiria, Portugal

Descritores: Sistémica; Família; Enfermagem; Intervenção; Enfermagem

Introdução: A enfermagem de saúde familiar enquanto disciplina com corpo de conhecimentos próprio tem um percurso recente. Os estudos encontrados, indiciam que a abordagem sistémica da família não é prática regular no cuidado à família, o que suscitou a curiosidade e interesse para o tema, sobretudo para os conhecimentos e perceções dos enfermeiros, em particular os que trabalham em Unidades de Saúde Familiar. Enquanto disciplina com corpo de conhecimentos próprio, a enfermagem de saúde familiar tem um percurso recente, assente nas disciplinas das ciências sociais, nas teorias da terapia familiar e nos modelos clássicos de enfermagem, conduz a mudança do paradigma do indivíduo para a família (Figueiredo, 2012).

Tendo como foco a família como unidade, as interações intra e extra-familiares, o seu percurso, crises e transições, a enfermagem de saúde familiar identifica fragilidades e forças, e promove pelas suas intervenções o empowerment da família (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001).

Visando a sistémica familiar no cuidado de enfermagem centrado na família como área de particular interesse, delimitou-se um domínio específico de investigação, tendo formulado a questão à qual se pretende responder com o presente estudo: Qual o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, nos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar?

Objetivos: O estudo apresentado pretende conhecer a perceção acerca dos conceitos de família e de enfermagem de saúde familiar, avaliar os conhecimentos quanto à sistémica familiar no cuidado de enfermagem e avaliar o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar de Portugal.

Método: O estudo, que teve como instrumento de colheita de dados o questionário autoadministrado, é composto por dois momentos de recolha de dados sobre o mesmo grupo de sujeitos, uma avaliação inicial e uma avaliação um mês após o programa de formação, designando-se de tipo quase-experimental, com desenho do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal. A população e amostra são sobreponíveis, constituídas por oito enfermeiros que exercem funções numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

Resultados: A perceção do conceito de família destes profissionais aproxima-se dos conceitos dos teóricos de enfermagem, revelando perspectiva económica, social e emocional da família, sem que se verificassem claramente atributos sistémicos da família. O conhecimento dos tipos de famílias existentes é limitado. Os participantes associam características específicas da organização das unidades de saúde à prestação de cuidados centrados na família. É clara a associação da enfermagem de saúde familiar ao cuidar norteado pela relação entre o enfermeiro e a família, não diferenciando, no entanto, a família como foco ou apenas como contexto.

Por aplicação do Teste t para grupos dependentes, verificou-se que a diferença entre as médias dos dois conjuntos de pontuações obtidos pelo mesmo grupo de participantes é estatisticamente significativa, $t = -6,173$, $p < 0,001$, confirmando a hipótese do estudo e acusando a qualidade da estratégia de formação desenvolvida, que facultou aos formandos conhecimentos que foram cimentados, uma vez que estavam presentes um mês após a mesma.

Conclusão: O presente estudo revela a frágil preparação dos enfermeiros para prestar cuidados às famílias, o impacto da intervenção revela também o empenho e avidéz de aprender dos enfermeiros, realçando o valor e interesse da intervenção junto dos profissionais. Os dados deste estudo anunciam a necessidade e importância de desenvolver e implementar no futuro programas de formação neste âmbito para profissionais de enfermagem.

Referências Bibliográficas:

Elsen, Althoff, C.R., & Manfrini, G. C. (2001, jul./dez.). Saúde da Família: Desafios Teóricos. Família Saúde e Desenvolvimento, 3 (2), 89- 97.
doi:10.5380/fsd.v3i2.5048

Figueiredo M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusociência.

Título do Poster: "Stress dos estudantes de Enfermagem em contexto de Ensino Clínico: identificação dos fatores determinantes"

Autores: Rabiais, Isabel Cristina Mascarenhas¹; Almeida Alves, Ana Rita ²; Madureira, Maria Manuela³; Marques Gomes, Maria Manuela Miranda⁴

¹ ICS da UCP; Lisboa, Portugal: raby@ics.lisboa.ucp.pt – Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Mestre em Ciências da Educação e Doutora em Enfermagem; ² ICS da UCP; Lisboa, Portugal: aalves@ics.lisboa.ucp.pt – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Mestre em Educação Intercultural e Doutora em Enfermagem; ³ ICS da UCP; Lisboa, Portugal: madureira@ics.lisboa.ucp.pt – Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Mestre em Cuidados Paliativos e Doutora em Enfermagem; ⁴ ICS da UCP; Lisboa, Portugal: manuelagomes.95@gmail.com – Estudante Finalista do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Descritores: Nursing Students, Clinical Teaching, Learning, Stress, Stress Causers

Introdução: A formação em Enfermagem, em contexto de Ensino Clínico, gera momentos de ansiedade e desencadeia reações de stresse que comprometem o bem-estar físico, cognitivo, afetivo e social dos estudantes.

Muitos são os fatores de stresse, como a dificuldade na articulação teoria/prática, a mobilização de saberes, o confronto com o sofrimento; a morte, o medo de errar, a carga de trabalho, a relação com os colegas e com os orientadores. Níveis elevados de stresse afetam a concentração, a memória, a capacidade de resolução de problemas, interferem no desenvolvimento de capacidades e competências e, conseqüentemente, condicionam a aprendizagem e a capacidade de cuidar dos estudantes (Higginson, 2006; Goff, 2011), o que determina que as Universidades conheçam quais os fatores stressores em contexto de Ensino Clínico.

Objetivo: Analisar os fatores determinantes do stresse dos estudantes, em contexto de Ensino Clínico médico-cirúrgico.

Método: Estudo longitudinal, descritivo, de análise quantitativa, integrando uma turma de estudantes de enfermagem desde o primeiro ensino clínico hospitalar até ao último.

População: Todos os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, matriculados inicialmente na turma de 2014/2015.

Critérios de inclusão: os estudantes que aceitaram colaborar no estudo e que realizaram os ensinamentos clínicos em contexto hospitalar no âmbito de enfermagem médico-cirúrgica.

Critérios de exclusão: os estudantes que não terminaram os ensinamentos clínicos.

Instrumento de recolha de dados: Questionário KEZKAK, cujo original foi traduzido e adaptado para a população Portuguesa por Barroso et al. (2009), após concedida a autorização pelos autores para a sua utilização. Os questionários foram aplicados em quatro momentos diferentes, no final de cada período de ensino clínico hospitalar de médico-cirúrgica.

Análise da informação: Recorreu-se à utilização da folha de cálculo Excel® e procedeu-se à análise descritiva de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central.

Resultados: Os itens causadores de maior stresse estão relacionados com o facto de os estudantes demonstrarem um desempenho menos eficaz e uma prática de cuidados menos competente e pouco adequada às necessidades das pessoas que cuidam.

Os resultados encontrados estão de acordo com os de Rabiais (2016) onde com maior evidência, os estudantes assumiram o medo de errar, o medo de causar lesão ao doente/utente, o medo de não corresponder às expectativas de si e dos outros e o medo de não estarem à altura do momento de cuidado como indutores de maior stresse, no entanto, quando os estudantes têm conhecimentos teóricos e se sentem seguros para suportar a sua prática de cuidados em procedimentos de cariz instrumental, o processo fica facilitado.

Conclusão: Os ensinamentos clínicos permitem uma aprendizagem em contexto, mas podem constituir uma experiência stressante e até traumática para os estudantes, se não se sentirem confiantes nos cuidados que prestam (Alves, 2016).

Contrariamente ao expectável, não são os riscos pessoais, nem a dificuldade de articulação teoria/prática que se assumem como maiores stressores. Os resultados permitem questionar se efetivamente os estudantes estão mais centrados em dimensões no âmbito do desenvolvimento da responsabilidade pessoal e profissional, que envolve princípios éticos e valores essenciais como a responsabilidade, a autonomia, o respeito pelo outro e o sentir-se bem pelo seu desempenho, por terem prestado cuidados com qualidade e menos nas suas próprias necessidades (incluindo a sua segurança)..

A identificação dos fatores determinantes de maior stresse nos estudantes em contexto de ensino clínico, permite às escolas adequar estratégias de apoio, que promovam maior segurança e qualidade nos cuidados. Importa a presença de professores e orientadores comprometidos com o cuidar, de forma a promoverem aos estudantes orientações significativas para um melhor cuidar, adotando uma responsabilidade determinante no desenvolvimento de capacidades pessoais e profissionais conducentes à superação dos medos, implementando altos níveis de confiança, que lhes permita conseqüentemente ganhar a confiança das pessoas que cuidam e reduzir os índices de stresse.

Referências Bibliográficas:

Alves, A. (2016). Desenvolvimento de competências culturais no licenciado em Enfermagem: estudo comparativo de análise qualitativa entre estudantes portugueses e brasileiros. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.

Barroso, I. (2009) – O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stresse nos estudantes. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado.

Goff, A. (2011). Stressors, academic performance, and learned resourcefulness in baccalaureate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8, 1-20.

Higginson, R. (2006). Fears, worries and experiences of first-year pre-registration nursing students: A qualitative study. *Nurse Researcher*, 13 (3), 32-49.

Rabiais, I. (2016) – A centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: a natureza da interação no processo de cuidar. Berlin: Novas Edições Académicas. 585 p. ISBN 978-3-330-74488-2.

Referências Bibliográficas:

Alves, A. (2016). Desenvolvimento de competências culturais no licenciado em Enfermagem: estudo comparativo de análise qualitativa entre estudantes portugueses e brasileiros. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.

Barroso, I. (2009) – O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stresse nos estudantes. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado.

Goff, A. (2011). Stressors, academic performance, and learned resourcefulness in baccalaureate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8, 1-20.

Higginson, R. (2006). Fears, worries and experiences of first-year pre-registration nursing students: A qualitative study. *Nurse Researcher*, 13 (3), 32-49.

Rabiais, I. (2016) – A centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: a natureza da interação no processo de cuidar. Berlin: Novas Edições Académicas. 585 p. ISBN 978-3-330-74488-2.

Título do Poster: "Terapia de pressão negativa com instilação no tratamento de feridas complexas resultantes de cirurgia abdominal"

Autores: Ana Lúcia Fernandes Barreto

Enfermeira com Pós-Graduação em Controlo de Infeção - Serviço de Cirurgia Geral e Hepatobiliopancreático no Hospital Curry Cabral (963909266; L_u_c_i_a_barreto@hotmail.com)

Descritores: Terapia de pressão negativa com instilação; Feridas complexas; cirurgia abdominal.

Introdução: Em saúde os cuidados as feridas complexas podem ser um desafio para isso pode-se recorrer a terapia de pressão negativa a qual vai permitir a vasodilatação arterial e o aumento do fluxo sanguíneo nos tecidos permitindo a formação de tecido cicatricial. Se a terapia de pressão negativa for associada à iinstilação de soluções, há um aumento dos benefícios possibilitando um aumento da limpeza da ferida.

Objetivo: Revisão da literatura sobre terapia de pressão negativa com instilação no tratamento de feridas complexas resultantes de cirurgia abdominal

Método: Revisão sistemática da literatura por pesquisa na base de dados online Pubmed com o termo "negative pressure wound therapy with instillation" e "complex wound".

Critérios de inclusão: estudos disponíveis na totalidade, em qualquer idioma que atendesse a falar sobre a terapia de pressão negativa com instilação de soluções em cirurgia abdominal. Critérios de exclusão: capítulos de livros, resumos e textos incompletos. Foram obtidos 53 artigos tendo sido analisados 21 artigos após aplicação dos critérios

Resultados: Os artigos apresentam como benefícios da utilização da terapia de pressão negativa:

- Encerrar a ferida mais rapidamente;
- Menor tempo de internamento;

Redução da carga bacteriana;

Permitir remover detritos celulares, exsudado da ferida e resíduos metabólicos;

- Diminuir o edema da ferida;
- Diminuir a necessidade de proceder a desbridamento frequente da ferida;
- Diminuir a colonização bacteriana da ferida;
- Remover o tecido desvitalizado;
- Aumentar o fluxo sanguíneo da ferida;
- Permitir romper o biofilme e reduzir o potencial de propagação dos microrganismos produtores de biofilme;
- Aumentar a deposição de colágeno no tecido de granulação para preencher a ferida

E como aspetos negativos:

- Dificuldade na vedação do penso;
- Agravamento da lesão quando as feridas são sangrantes e há alteração na pele circundante

Conclusão: Os artigos apresentam como benefícios da utilização da terapia de pressão negativa:

- Encerrar a ferida mais rapidamente;
- Menor tempo de internamento;
- Redução da carga bacteriana;
- Permitir remover detritos celulares, exsudado da ferida e resíduos metabólicos;
- Diminuir o edema da ferida;
- Diminuir a necessidade de proceder a desbridamento frequente da ferida;
- Diminuir a colonização bacteriana da ferida;
- Remover o tecido desvitalizado;
- Aumentar o fluxo sanguíneo da ferida;
- Permitir romper o biofilme e reduzir o potencial de propagação dos microrganismos produtores de biofilme;
- Aumentar a deposição de colágeno no tecido de granulação para preencher a ferida.

E como aspetos negativos:

- Dificuldade na vedação do penso;
- Agravamento da lesão quando as feridas são sangrantes e há alteração na pele circundante

Referências Bibliográficas:

Milcheski, D. A., Portocarrero, M. L., Alavrez, D. M., Mazuca, L. G. M. P., Monteiro, A. A. J. & Gemperli, R. (2017) Initial experience with negative-pressure wound therapy with instillation in complex wounds. *Revista Colégio Brasileiro de cirurgias*. 44 (4). 348-353.

McKanna, M., Geraci, J., Hall, K., Hauan, B., Howell, M., Huey, T., Lucius, A., MendezEastman, S., Purcell, K., Raizman R., Shepherd, D. & Gabriel, A.(2016). Clinician Panel Recommendations for use of negative pressure wound therapy with instillation. *Ostomy wound manage*. 62 (4). 1 – 14.

Kim, P.J., Attinger, C. E., Constantine, T., Crist, B.D., Faust, E., Hirche, C. R., Lavery, L. A., Messina, V. J., Ohura, N., Punch, L. J., Wirth, G. A., Younis, I. & Téot, L. (2020). Negative pressure wound therapy with instillation: International consensus guidelines update. *International Wound Journal*. 17 (1). 174 – 186.

Título do Poster: "Vantagens e desvantagens das tecnologias educacionais digitais no ensino de enfermagem – perspetiva dos professores."

Autores: Fernanda Loureiro¹, Ana Vanessa Antunes²

1) Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz, floureiro@egasmoniz.edu.pt, 962800606 2) Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz.

Descritores:

Nursing; Education, Nursing; Educational Technology;

Introdução: No contexto social atual, a utilização de tecnologias educacionais digitais (TED), no ensino presencial e não presencial, é uma realidade decorrente da evolução tecnológica e da presente situação de saúde pública. A sua aplicação gera mudanças profundas nas práticas pedagógicas re inventando o processo de ensino-aprendizagem (Damascena et al., 2019). Apesar dos benefícios da sua utilização parecerem óbvios levantam, no entanto, questões no âmbito da humanização da educação e sistematização do conhecimento pois, não garantem a aprendizagem (Barboza et al., 2020). Por outro lado, existe alguma renitência por parte dos professores por se tratar de práticas pedagógicas que rompem com a educação tradicional colocando a ênfase no estudante enquanto protagonista do processo de ensino-aprendizagem (Chaves, Barbosa, & Nóbrega-Therrien, 2020).

Objetivo: Identificar as vantagens e desvantagens da utilização das TED na perspetiva dos professores que lecionam o curso de enfermagem numa escola superior de saúde da área de Lisboa.

Método: Delineou-se um estudo de tipo transversal, observacional e exploratório-descritivo enquadrado no paradigma quantitativo com utilização de questionário de auto resposta, enquanto técnica de recolha de dados. A população é constituída por todos os docentes do curso de licenciatura em enfermagem, de uma escola de saúde da área de Lisboa (n=25) sendo a amostra de tipo probabilístico simples.

Para a elaboração dos questionários recorreu-se à ferramenta de criação de formulários disponível no Google Documents® e enquanto ferramenta de análise de dados quantitativos foi utilizado o software SPSS® Versão 24.0.

Os docentes foram contactados via eletrónica e convidados a participar no estudo. Foram recolhidos dados: sociodemográficos e relativos às vantagens (adaptado de Kokol, Blazun, Micetić-Turk, & Abbott, 2006) e desvantagens na utilização das TED (adaptado de Lloyd, Byrne, & Mccoy, 2012). Previamente à sua aplicação o estudo foi aprovado pela direção da instituição, pela comissão técnico científica e recebeu igualmente o parecer positivo da comissão de ética (Proc. Interno n.º 881). Todos os participantes deram o seu consentimento para participar no estudo.

Resultados: Responderam ao questionário 22 docentes (taxa de retorno 88%) sendo maioritariamente do sexo feminino (72,7%; n=16), com idade ≥ 51 anos (63,6%; n=14), com regime contratual de tempo integral (72,7%; n=16) e ≥ 11 anos de experiência profissional (73%; n=16). A maioria dos docentes tem experiência na utilização das tecnologias digitais na ótica do utilizador (63,6%; n=14) sendo que apenas 8 docentes (36,4%) frequentam ou frequentaram algum tipo de formação nesta área. No que se refere às vantagens, foram identificadas como mais relevantes: melhora a qualidade do processo de ensino aprendizagem (68,2%; n=15); permite o acesso a conteúdo educacional sem limite de tempo /espaço (63,6%; n=14); baixo custo (68,2%; n=15) e permite integrar múltiplos instrumentos de aprendizagem (72,7%; n=16). No que se refere às desvantagens destacam-se: menos contacto físico com os estudantes (68,2%; n=15); despersonalização do ensino (59,1%; n=13); dificuldade em obter feedback visual (77,3%; n=17) e diminuição da interação entre estudantes/professores (81,8%; n=18);

Não foram identificadas vantagens nem desvantagens adicionais para além das apresentadas no questionário.

Conclusão: A identificação de vantagens e desvantagens na utilização das TED pelos docentes de enfermagem espelha os aspetos já encontrados na literatura. São apontadas como vantajosas pelo baixo custo, acessibilidade e complementaridade ao ensino tradicional (Barboza et al, 2020), contudo, levantam questões pela fraca interação entre estudantes e professores tão essencial no ensino de enfermagem (Chaves et al, 2020). Como forma de mitigar as dificuldades identificadas sugere-se a implementação de programas de formação sobre TED na comunidade educativa. Atendendo ao seu uso ainda recente e pouco enraizado na prática recomenda-se a realização de investigação nesta área que permita compreender melhor as implicações do uso das TED no ensino em enfermagem.

Referências Bibliográficas:

Chrizóstimo, M. M., ... Silva, J. V. L. da. (2020). Website no processo ensino-aprendizagem do exame físico: a construção do conhecimento na graduação de enfermagem. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 1881–1892. Retrieved from <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/7695/6835>

Chaves, M. J. C., Barbosa, E. D. S., & Nóbrega-Therrien, S. M. (2020). Facebook como ambiente virtual de aprendizagem no curso de enfermagem. *EDUCA - Revista Multidisciplinar Em Educação*, 7(17), 143. <https://doi.org/10.26568/2359-2087.2020.4275>

Damascena, S. C. C., Santos, K. C. B., Lopes, G. S. G., Gontijo, P. V. C., Paiva, M. V. S., Lima, M. E. S., ... Campos, R. S. (2019). Uso de tecnologias educacionais digitais como ferramenta didática no processo de ensino-aprendizagem em enfermagem. *Brazilian Journal of Development*, 5(12), 29925–29939. <https://doi.org/10.34117/bjdv5n12-131>

Kokol, P., Blazun, H., Micetic-Turk, D., & Abbott, P. A. (2006). e-Learning in nursing education--Challenges and opportunities. *Studies in Health Technology and Informatics*, 122, 387–390. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/6695908_e-Learning_in_nursing_education--Challenges_and_opportunities

Lloyd, S. A., Byrne, M. M., & McCoy, T. S. (2012). Faculty-Perceived Barriers of Online Education. *MERLOT Journal of Online Learning and Teaching*, 8(1)

Escola de Enfermagem de Lisboa,
Instituto de Ciências da Saúde,
Universidade Católica Portuguesa



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**IX JORNADAS NACIONAIS DE
ENFERMAGEM DA CATÓLICA**

**VII JORNADAS INTERNACIONAIS
DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA**

