



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



X JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA
VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

JUNHO 2021

E-BOOK

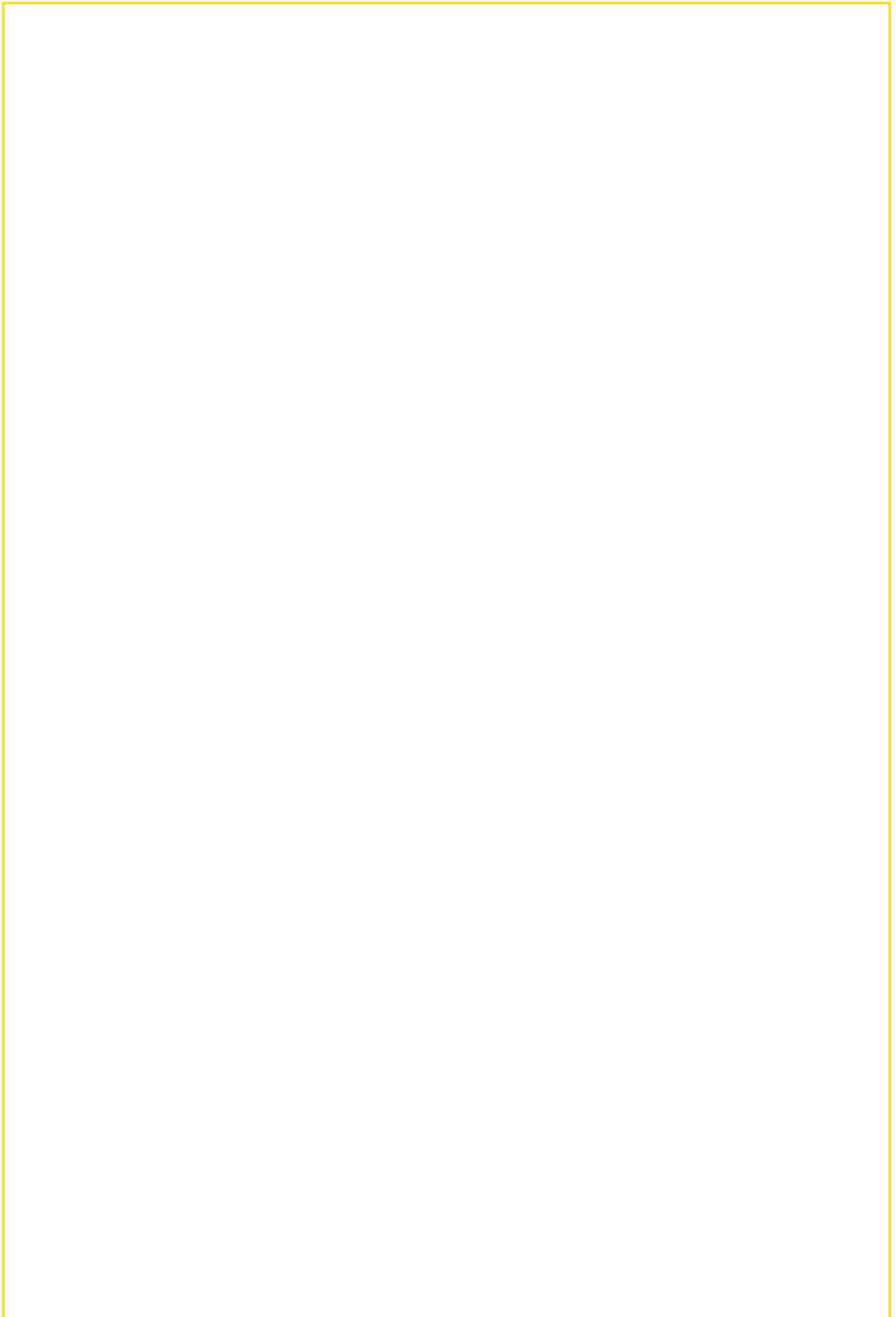
**X JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM
DA CATÓLICA
VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE
ENFERMAGEM DA CATÓLICA**

O VALOR DE UMA ENFERMAGEM COM VALORES

**PATRÍCIA PONTÍFICE SOUSA
CRISTINA MARQUES VIEIRA**

1ª EDIÇÃO

X Jornadas Nacionais de Enfermagem da Católica
VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Católica



ISBN: 978-989-54793-4-4

COMISSÃO ORGANIZADORA:

Catarina Henriques	Bruno Quadrado	Inês Palma	Madalena Pinheiro	Matilde Raposo
Mariana Batista	Carla Crespo	Inês Silva	Madalena Pires	Pedro Martins
Alice Gomes	Carolina Moutinho	Inês Taborda	Madalena Portugal	Rafaela Santos
Ana Catarina Tavares	Catarina Almeida	Isabel Marçal	Margarida Pacheco	Ricardo Cerejo
Ana Mafalda Couto	Catarina do Carmo	Isabel Seixas	Maria Amoroso	Rita Bento
Ana Margarida Piques	Catarina Fonseca	Joana Cardoso	Maria Carvalho	Rita Fagundes
Ana Patrícia Dias	Catarina Santos	Joana Pauleta	M ^a do Carmo Perloiro	Rita Quintela
Ângela Mendes	Daniela Mendes	Joana Pereira	M ^a Francisca Rebordão	Sara Barruncho
Bárbara Marques	Daniela Monteiro	Joana Ribeiro	M ^a Inês Ribeiro	Sara Cardoso
Bárbara Saraiva	Diana Simões	Joana Sousa	M ^a Inês Salgado	Sara Robalo
Beatriz Bexiga	Diogo Lory	João Lebre	M ^a Inês Silva	Sofia Ângelo
Beatriz Fota	Fátima Marques	João Vieira	M ^a Luísa Dourado	Tatiana Santos
Beatriz Simões	Flávia Lourenço	Jorge Gomes	Mariana Correia	Prof. ^a Patrícia Pontífice Sousa
Bernardo Ferreira	Francisca Monteiro	Leonor Pais	Mariana Gonçalves	Prof. ^a Cristina Marques Vieira
Bruno Fragoso	Guilherme Teixeira	Luz Fonseca	Marta Paulo	

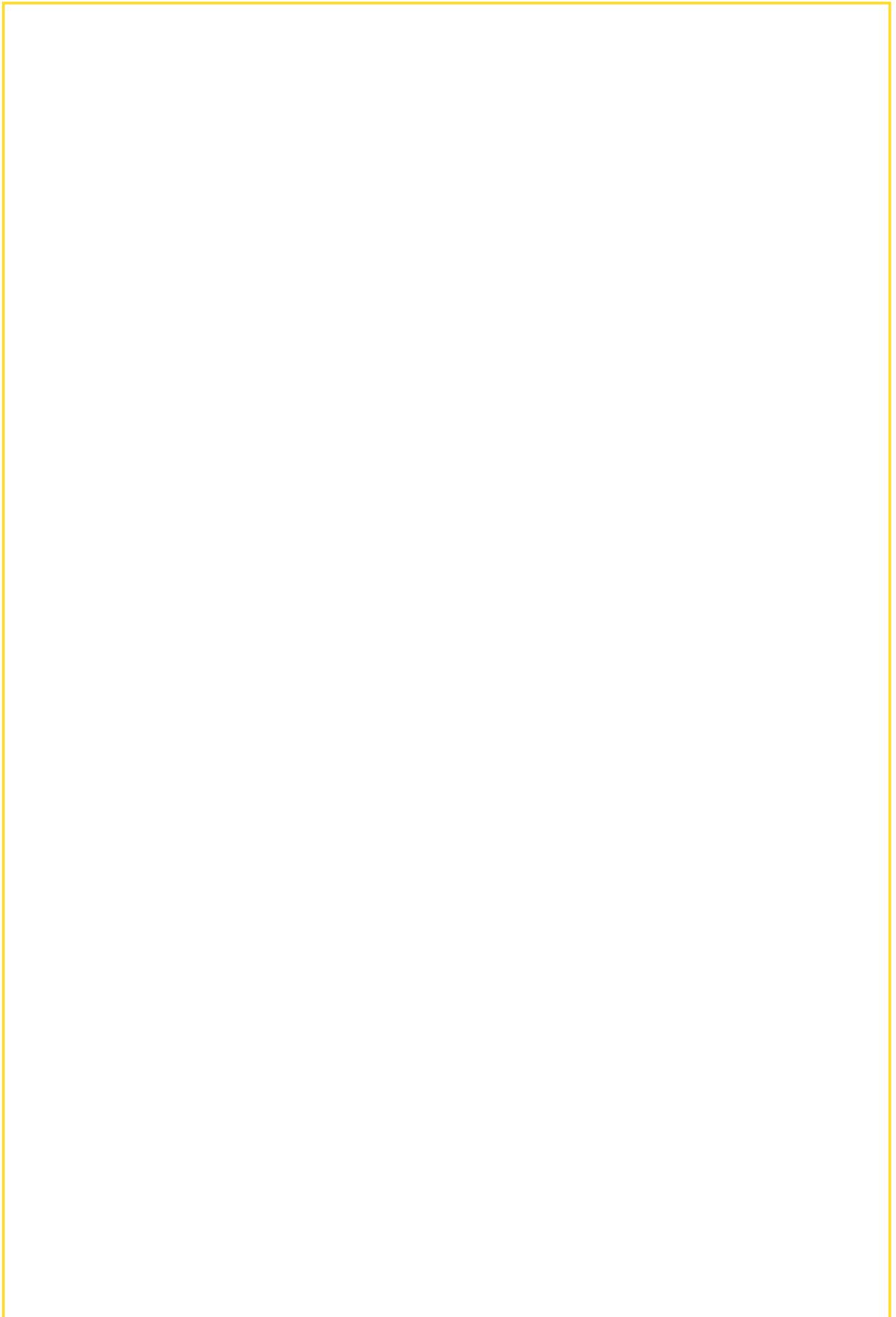
COMISSÃO CIENTÍFICA:

Prof. ^a . Doutora Amélia Simões Figueiredo	Prof. ^a . Doutora Elisabete Nunes	Prof. ^a . Doutora Roquette Viana
Prof. ^a . Doutora Cândida Ferrito	Prof. ^a . Doutora Filipa Veludo	
Prof. ^a . Doutora Cristina Marques Vieira	Prof. ^a . Doutora Patrícia Pontífice Sousa	

EQUIPA EDITORIAL:

Ana Patrícia Dias	Bruno Quadrado	Bruno Fragoso	Catarina Henriques
Rita Quintela	Joana Sousa	Margarida Pacheco	Mariana Batista
Catarina Santos	Isabel Seixas	Isabel Marçal	Prof. ^a Patrícia Pontífice Sousa
Daniela Monteiro	Flávia Lourenço	Pedro Martins	Prof. ^a Cristina Marques Vieira
Joana Pereira	Beatriz Bexiga	Inês Taborda	
Sara Cardoso	Madalena Pinheiro	Maria Amoroso	

X Jornadas Nacionais de Enfermagem da Católica
VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Católica



ÍNDICE

01 Nota Introdutória

MESA 1 - A ENFERMAGEM COM VALOR

05 Pensar, Sentir e Refletir nos Valores em Enfermagem | Prof.^a Doutora Lurdes Martins

11 Extensão Universitária: Um Valor na Responsabilidade Social | Prof.^a Doutora Amélia Simões Figueiredo

17 Capacitar para Proteger: Um Projeto de Aprendizagem em Serviço | Estudante de Enfermagem Gonçalo Garcia

MESA 2 - A EMPATIA COMO VALOR

21 Empatia: Terapêutica Essencial dos Cuidados Holísticos | Padre Alberto Mendes

27 Investir no Autoconhecimento: Uma Via para a Empatia | Mestre Lurdes Medeiros Garcia

33 Empatia e Vulnerabilidade como Focos da Investigação em Enfermagem | Prof. Doutor Luís de Sá

ÍNDICE

MESA 3 - A VIDA COMO VALOR MAIOR

37 A Vida como Princípio Antropológico Necessário | Prof. Doutor Américo Pereira

MESA 4 - O HUMANISMO COMO VALOR

45 Formar com Humanidade para a Humanidade | Prof. Doutor José Carlos Bermejo

67 "Mais Próximos de Ti": Proximidade com Segurança em Tempos de Pandemia
| Mestre Susana Ramos

RESUMOS DOS POSTERS CIENTÍFICOS

75 Problemas éticos de Enfermagem, na prestação de cuidados em início de vida humana. O que há de comum com outras áreas do cuidado?

77 Eficácia das intervenções não farmacológicas na promoção do sono na Pessoa em Situação Crítica: Revisão Sistemática de Eficácia.

ÍNDICE

- 81** Intervenções de Enfermagem para a Prevenção da Gravidez na Adolescência: *Scoping Review*
- 83** Vigilância de saúde infantil e juvenil: um Estudo de Caso Clínico
- 85** A eficácia da Apiterapia na melhoria de qualidade de vida de pessoas com Doença Autoimune: Revisão Sistemática da Literatura
- 87** A eficácia da aromaterapia como intervenção de Enfermagem no alívio da dor no adulto e idoso em Cuidados Paliativos: Revisão Sistemática da Literatura
- 89** A eficácia da auriculoterapia na redução do stress em Enfermeiros: Revisão Sistemática da Literatura
- 91** O conceito de culpa no pós-cuidador: a *Scoping Review*
- 93** Capacitar para Proteger: Um Projeto de Aprendizagem em Serviço
- 97** Adesão à *bundle* de prevenção de infeção do local cirúrgico
- 99** A Meditação como Intervenção de Enfermagem na Ansiedade em Adultos: Revisão Sistemática da Literatura
- 101** Conhecimentos e competências sobre Suporte Básico de Vida: um projeto de aprendizagem ao serviço da comunidade escolar
- 103** A eficácia do Reiki no controlo da dor da pessoa adulta com doença oncológica

ÍNDICE

- 105** A Eficácia das Bandas Neuromusculares no alívio da Lombalgia na Pessoa Grávida: Revisão Sistemática da Literatura
- 107** Intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica nos doentes com perturbação mental: *Scoping Review*
- 109** Os efeitos da Terapia Assistida por Animais na Pessoa Idosa em Estruturas Residenciais: Revisão Sistemática da Literatura
- 111** Fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à *bundle* da pneumonia associada à ventilação mecânica: caracterização da evidência
- 115** A Eficácia da Arteterapia no desenvolvimento psicossocial em crianças hospitalizadas: Revisão Sistemática da Literatura
- 117** Quais as estratégias implementadas pelos enfermeiros em tempo de pandemia Covid-19: *Scoping Review*
- 119** Cuidar em Situação de Catástrofe: um desafio para a educação em Enfermagem
- 121** A Eficácia do *Mindfulness* na Prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta: Revisão Sistemática da Literatura
- 125** O conforto em processos de transição na família em situação crítica: *Scoping Review*

ÍNDICE

- 129** Intervenções de enfermagem na prestação do cuidado culturalmente congruente nos hospitais: *Scoping Review*
- 133** Dever de informar do enfermeiro em situação de pandemia: a *Scoping Review*
- 135** Vacinação contra o COVID-19 e a amamentação - evidência em tempo de pandemia
- 139** O impacto do sono no desempenho dos atletas
- 141** Implicações do aleitamento materno exclusivo, nos primeiros 6 meses de vida, na obesidade infantil - a *Scoping Review*
- 143** Necessidades de Formação em Cuidadores Formais: a *Scoping Review*
- 145** Relação entre COVID-19 e a miosite: Revisão de etiologia e risco
- 147** Capacitar para Salvar: o Desenho de um Projeto de Aprendizagem em Serviço
- 149** Estratégias promotoras de qualidade de vida na população portadora de cateter vesical permanente: A *Scoping Review*
- 151** Utilização da Tecnologia no Cuidado Especializados à Pessoa em Situação Crítica
- 153** Instrumentos para avaliar o Ambiente de Prática de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos: *Scoping Review*

ÍNDICE

157 *Modified Early Warning Score* um instrumento útil na segurança da pessoa em situação crítica: Revisão Integrativa da Literatura

159 Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia COVID-19: uma *Scoping Review*

161 Dificuldade na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: uma *Scoping Review*

163 Telefonema *Follow-UP* pós-internamento

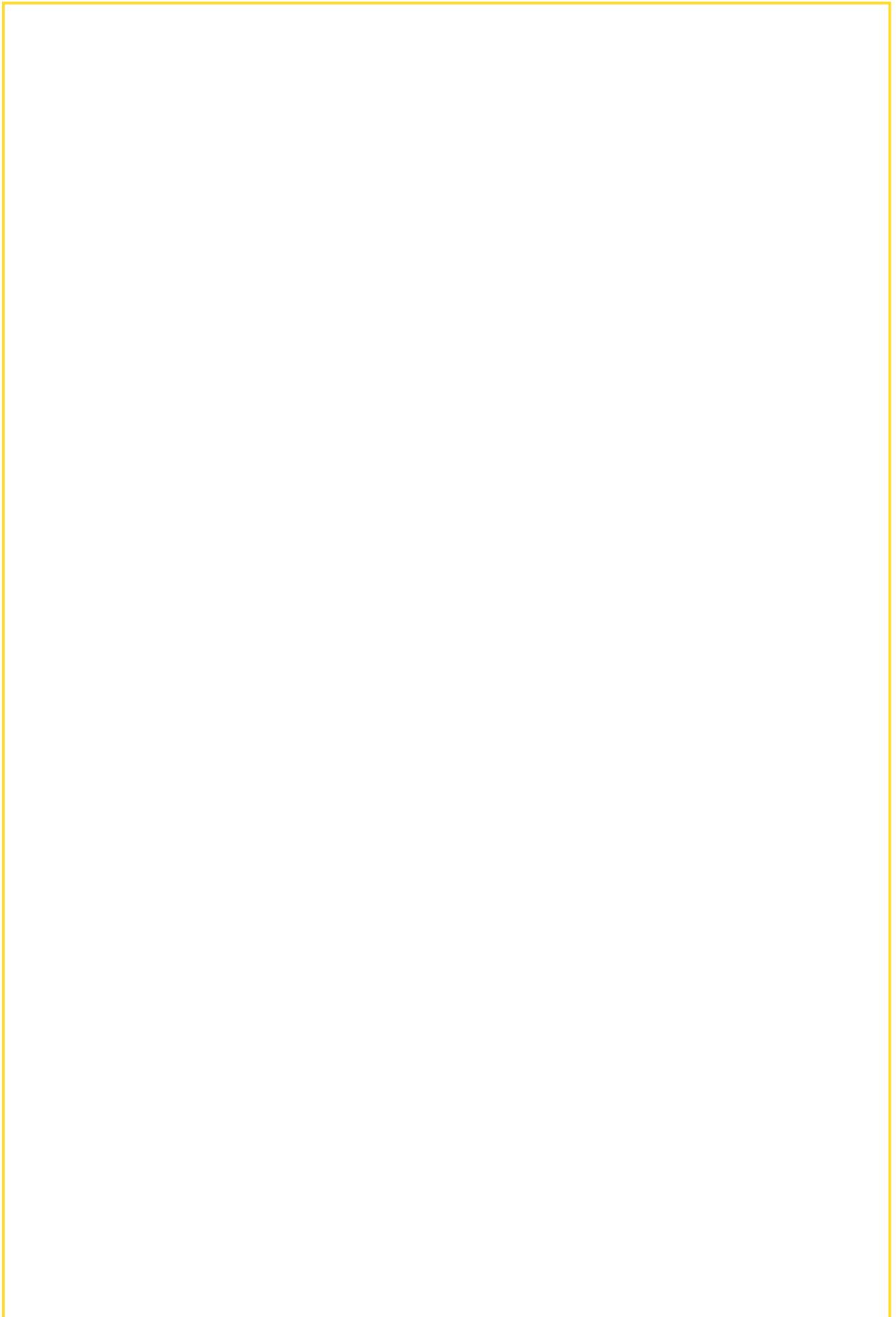
165 Eficácia da Fitoterapia em Pessoas com Neoplasia

169 Impacto da Pandemia por COVID-19 na Saúde Mental dos Estudantes Universitários - *Scoping Review*

171 Importância do Brincar Terapêutico da Criança Durante a Hospitalização: A *Scoping Review*

173 Experiências da Família da Pessoa em Situação Crítica: uma Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Significado

X Jornadas Nacionais de Enfermagem da Católica
VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Católica



NOTA INTRODUTÓRIA

Prof.^a Doutora Patrícia Pontífice Sousa

A vida humana é vida de cuidado e uma sociedade que cuida tem de ter em si, justamente, o sentido da humanidade associado à responsabilidade do cuidar, acentuando em particular o papel da educação.

A presente obra, “O Valor De Uma Enfermagem Com Valores”, enraizada na dimensão reflexiva e integradora da formação em enfermagem e na fundamentação científica-pedagógica da Unidade Curricular - Integração à Vida Profissional-, sob nossa regência, acontece no âmbito do percurso universitário graduado em Enfermagem, no ano letivo 2020/2021 da Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e nasce da construção de um trabalho co-construído e continuado dos estudantes finalistas e da colaboração da Professora Doutora Cristina Marques-Vieira

No concreto, este E-Book, convida-nos a uma abordagem de quatro eixos temáticos a valorar por especialistas de Enfermagem e de outras áreas científicas que, com o seu contributo, nos brindaram com o seu conhecimento. Um 1º eixo assente na valorização da Enfermagem com Valor, e contributo para a vida e para a saúde, integrada nos valores e sentido do cuidado humano, que decorre da especificidade e missão da Universidade Católica na relação com os desafios sociais



éticos, ambientais e culturais, bem como, na procura de melhorar a condição da vida humana concretamente nos projetos de extensão universitária promotores da capacitação da sociedade e da pessoa para promover a sua saúde; salientando o projeto capacitar para salvar como um projeto inovador de aprendizagem em serviço capaz de influenciar a vida e futuro dos cidadãos e contribuir para a obtenção de melhores ganhos em saúde.

Um segundo eixo que se centra na Empatia como Valor essencial no cuidado à pessoa humana, numa relação centrada entre a empatia e vulnerabilidade contextualizada pela importância do autoconhecimento como determinante e integrador do cuidado humano em saúde. No terceiro eixo reafirma-se a Vida como Valor Maior na relação com a sua natureza e dimensão antropológica, ética e deontológica. Finalmente um último eixo que procura refletir a importância da formação da Humanidade onde o humanismo se eleva como valor, dando ênfase aos projetos centrados na vertente humanizadora.

Em resultado da extraordinária qualidade dos trabalhos apresentados, esta obra tem como finalidade colocar ao

NOTA INTRODUTÓRIA

Prof.^a Doutora Patrícia
Pontífice

serviço da comunidade o conhecimento a partir de uma elevada análise e reflexão que teve lugar no decorrer das VI Jornadas Científicas Nacionais e VIII Jornadas de Enfermagem Internacionais, resultando na compilação das comunicações e do resumo dos posters, dos diversos autores, permitindo a publicação dos textos.

Em nome da Direção de Curso de Licenciatura da Escola de Enfermagem de Lisboa, relevamos um agradecimento particular a todos os que organizaram este e-book, nomeadamente, às comissões Organizadora, Científica e Editorial, e aos prestigiados autores.

Aos leitores, desejamos que este livro seja estruturante e inspirador e, ajude no enriquecimento científico de Enfermagem que permita uma decisão de cuidado comprometida com a conquista do maior Bem e Valor Maior - a Vida

Cultivamos o estudante na sua individualidade e ensinamos para viver - é para o futuro! Bem hajam!

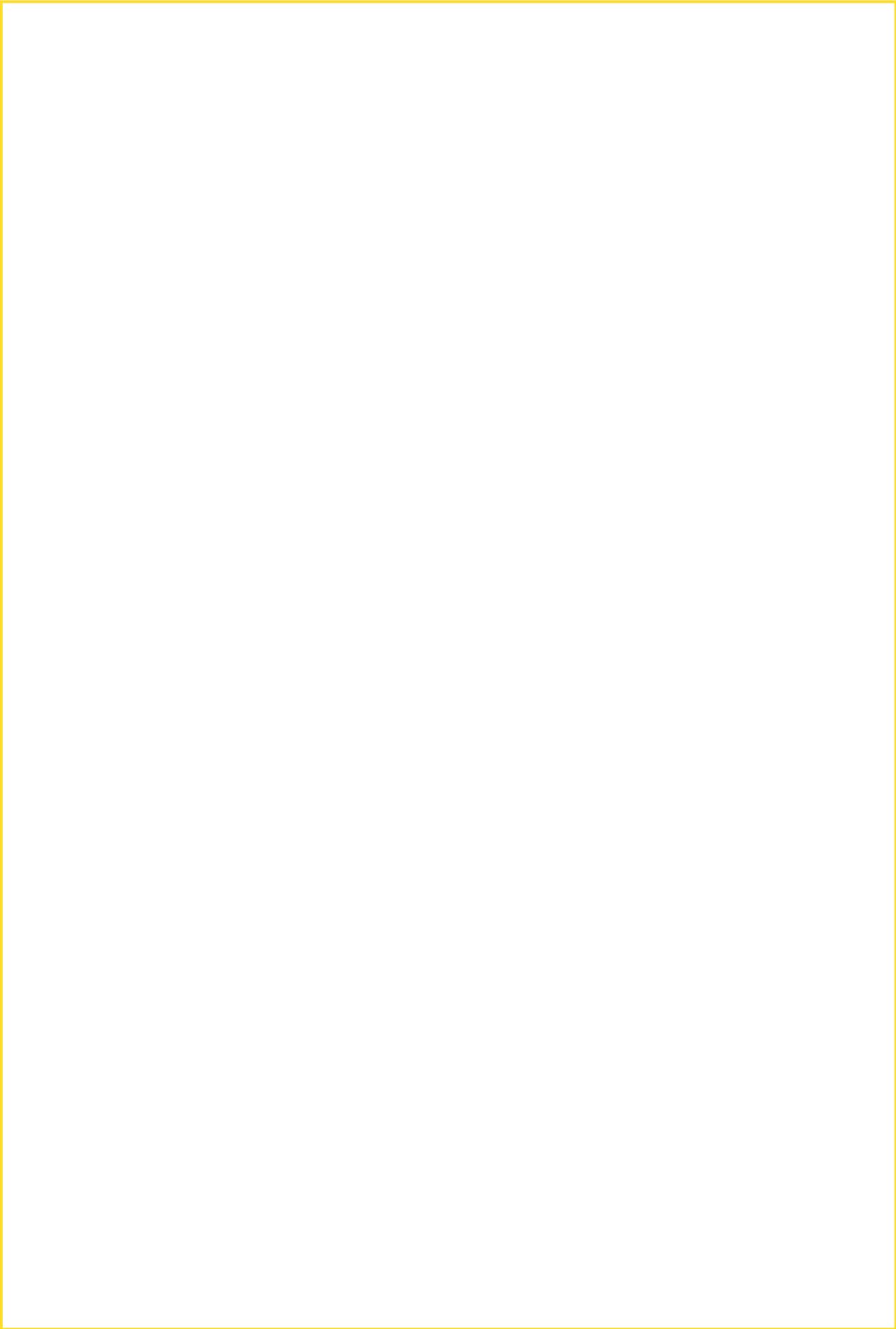
Patrícia Pontífice Sousa

Diretora de Curso de Licenciatura em
Enfermagem

X JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA
VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

PRELEÇÕES

The background of the page is a dynamic, abstract composition of thick, expressive brushstrokes. The colors are primarily bright yellow and a muted, dusty blue, set against a white background. The strokes are curved and layered, creating a sense of movement and depth. The overall effect is modern and artistic.



PENSAR, SENTIR E REFLETIR NOS VALORES EM ENFERMAGEM

Prof.^a Doutora Lurdes
Martins¹



¹Doutora em Enfermagem
Mestre em Ética e Teologia da Saúde
Prof.^a Auxiliar na Escola de Enfermagem - Instituto
de Ciências da Saúde - Universidade Católica
Portuguesa

Introdução

Vivemos numa sociedade que tem necessidade de propostas concretas, alicerçadas nos Valores e em ideais de solidariedade, de amizade e de respeito pela dignidade da pessoa humana. Os enfermeiros partilham e vivem este ideal, não só porque são parte integrante dessa mesma sociedade, mas também, porque fruto da sua formação profissional são chamados a agir tendo por base valores que vão ao encontro deste mesmo pressuposto. Constitui reflexo disto mesmo, a sua formulação no Código Deontológico do Enfermeiro, assim como os valores enunciados nos Estatutos da Universidade Católica Portuguesa nos seu CAPÍTULO II PRINCÍPIOS ENFORMADORES ARTIGO 4º 1. A UCP, enquanto Universidade, “constitui uma comunidade académica que, de modo rigoroso e crítico, contribui para a defesa e o desenvolvimento da pessoa humana, bem como do seu património cultural, mediante a investigação, o ensino e os

serviços prestados à comunidade, quer local, quer nacional ou internacional”.

O Enfermeiro e os valores

Ao prestarmos cuidados agimos para o bem do outro, mas por vezes, no nosso quotidiano, a ação é frequentemente privilegiada em detrimento da reflexão. Esta constatação deve conduzir a interrogarmo-nos acerca de como incorporamos os valores na nossa prática de cuidados. Importa antes de mais lembrar que “os valores podem ser definidos como guias de comportamento que se desenvolvem e amadurecem: eles dão sentido à vida. Os valores são elementos que indicam a forma como uma pessoa decidiu fazer uso da sua vida e que o ajudam a escolher livremente, após reflexão amadurecida”.

Mesmo incorporando alguns dos maiores avanços da ciência e da tecnologia a enfermagem, no que respeita aos valores, mantém-se inalterada, em muitas das suas características iniciais como a Humanização, a Justiça, a Abnegação, o Altruísmo a Solidariedade, a Coragem, a Compaixão...de entre outros.

PENSAR, SENTIR E REFLETIR NOS VALORES EM ENFERMAGEM

Prof.^a Doutora Lurdes
Martins

Prestar cuidados é uma atitude, uma forma de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e também para o mundo. E este olhar será tão mais capaz de ver a pessoa na sua globalidade quanto mais formos capazes de incorporar na nossa vida profissional e pessoal os valores que, sendo universais, devem ser implementados nas nossas práticas.

Cada um de nós, através da atenção que dispensa ao outro e ao mundo, presta cuidados, na medida que estabelece um fim que não tem apenas como único objetivo a sua própria realização, mas tem em atenção os objetivos do outro, da sociedade e do mundo, numa atitude altruísta e solidária que tem em vista fazer o bem. Citando Aristóteles, *“o bem inato ao homem é a atividade do espírito em conformidade com a virtude”*.

Um dos poucos traços, sobre o qual é possível estabelecer algum consenso filosófico, consiste em verificar que tanto a nossa condição de cidadãos como a de profissionais se engrandecem na medida em que somos capazes de responder e de escutar positiva e construtivamente o apelo do Outro à realização de uma maior justiça e solidariedade e consequentemente sendo altruístas.

Quando prestamos cuidados, estes desenvolvem-se tendo como alicerces os valores de Enfermagem independentemente do lugar e da circunstância em que prestamos esses mesmos cuidados. Sentimos que cuidar não é uma tarefa fácil, ela está embebida de melhorar a vida de quem cuidamos. Prestar cuidados envoltos nos valores que orientam o exercício da nossa profissão, implica que nos esforcemos sempre por agir da melhor forma possível para que o mundo não se transforme num *não mundo*, como refere Heidegger.

Podemos considerar que o âmago do cuidado de enfermagem é de natureza ética e assente em valores.

A relação de cuidado alicerça-se na sensibilidade em relação aos mais frágeis, caracteriza-se por um acolhimento libertador pautado pela qualidade do exercício profissional permeado pela humanização, pela espiritualidade e sempre suportado pelo agir Ético.

Não devemos ter reserva em evocar a dimensão espiritual da existência. O espírito não se opõe à matéria, mas atravessa-a para a elevar acima dela mesma. Talvez se possa caracterizar do seguinte modo aquilo que é espiritual: o espírito implica a consciência de *Si* mas a consciência que passa através de uma alteridade e se encontra a si próprio nessa alteridade; por exemplo, no verdadeiro amor, cada um de nós que ama uma outra pessoa sai de si para ir ao encontro dessa outra pessoa, encontra-se a si próprio nessa pessoa, de tal modo que já não pode pensar-se a si próprio sem a relação com ela. Mas este movimento, que caracterizamos como um «sair de si mesmo», tem também uma dimensão ética que consiste em ocupar-se do outro para

PENSAR, SENTIR E REFLETIR NOS VALORES EM ENFERMAGEM

Prof.^a Doutora Lurdes
Martins

que este possa ser mais ele próprio, para que possa viver ainda melhor a sua existência. Tal é o sentido verdadeiro do cuidado de qualidade, humanizador; não se trata de impor ao outro a nossa visão da existência, de projetar nele as nossas estruturas mentais, quaisquer que elas sejam, mas de promover nele aquilo que mais o pode realizar na linha de uma felicidade autêntica.

Se tal é a essência de todo o movimento espiritual, percebemos que tal como nos refere RENAUD o espírito não se opõe à matéria, nem às tarefas ligadas com o corpo, mas que, pelo contrário, atravessa todo o movimento do cuidado que se faz verdadeira solicitude.

A relação de cuidado implica então uma espécie de esquecimento ético de si próprio, em proveito da ativa atenção - atenção que é também cuidado técnico e concreto - graças à qual a pessoa pode recuperar a saúde ou ganhar mais saúde. Reconhecer a dimensão espiritual no encontro intersubjetivo que está na base do cuidado revela a profundidade deste, profundidade que, uma vez bem compreendida, dilata as suas possibilidades, renova a sua força na altura em que a entrada no ritmo repetitivo do dia-a-dia ameaça torná-lo cego sobre si mesmo. O valor do cuidado espiritual permite e possibilita a quem

cuida manter o seu entusiasmo, a alegria e viver com felicidade o nosso quotidiano de trabalho, porque apesar de em inúmeras vezes não reconhecermos as situações em que os cuidados que prestamos nos trazem grandes benefícios para a nossa vida pessoal, podemos achar que somos só nós a dar, mas isso só acontece se não tiver acontecido encontro na dimensão por nós anteriormente referida, pois a Enfermagem não é seguramente uma via de sentido único, na qual damos o nosso melhor conhecimento profissional, a nossa competência, muito pelo contrário os doentes com quem interagimos também influenciam as nossas vidas, talvez mais do que temos consciência ou que queremos e sabemos reconhecer.

É nesta relação que para os profissionais de saúde, não é dado relacionar-se ou ter como objeto apenas a doença ou determinada parte do organismo humano - ele relaciona-se com a pessoa, com o ser humano por inteiro, ainda que não tenha consciência disso ou ainda que determinadas tendências mais económicas e ideológicas do que de cuidado holístico insistam em fragmentar o ser humano. Desta asserção emerge um dos princípios éticos em saúde o de trabalho em equipa em prol do bem do doente e do bem comum.

É difícil pensar uma outra dimensão da atividade humana que suscite maior número de inquietações e dúvidas de ordem ética do que o exercício na área dos cuidados de saúde.

O cuidado de enfermagem perpassa as relações interpessoais entre os profissionais de saúde e os doentes, famílias e comunidades. A abordagem humanizada, o cuidado singular, a ética da consideração do “caso a caso”, o respeito

PENSAR, SENTIR E REFLETIR NOS VALORES EM ENFERMAGEM

Prof.^a Doutora Lurdes
Martins

ao cidadão deve permear o cuidar, a atenção aos mais vulneráveis é premissa dos valores em enfermagem.

O que vulnerabiliza uma pessoa ou um grupo inscreve-se no que podemos pensar como circunstância desigual (de que decorre potencialmente estigma e discriminação) e de menor capacidade para exercer realmente os seus direitos (de que decorre violência e abuso, exclusão da vida ativa da sociedade, redução de acesso a cuidados de saúde e apoio social,) e menor qualidade de vida (pelo aumento da morbilidade e da morte prematura, pela redução de recursos e redes de apoio).

Contudo, todos os seres humanos são vulneráveis - a nossa condição humana implica vulnerabilidade; a cada pessoa pode faltar, em algum momento da sua vida, a capacidade ou os meios para se proteger - a si, à sua saúde, ao seu bem-estar. De certa forma, estamos, permanentemente, em risco - de desordem, de perturbação, de doença, de dano, de morte, dos efeitos das condições ambientais e dos recursos disponíveis. E em termos singulares, somos desigualmente vulneráveis, ou seja, uns mais que outros ou numas circunstâncias mais que noutras

Não obstante o recurso ao princípio da vulnerabilidade e da integridade pessoal, consideramos central o retomar do valor da dignidade humana. O principal princípio a ter em conta parece-nos ser o do reconhecimento da dignidade do Outro, sejam quais forem as suas particularidades.

Aos enfermeiros pede-se que tenham um agir virtuoso, exatamente pela atenuação dos graus de liberdade da pessoa de quem cuidam, e capaz de, simultaneamente, assumir o papel de provedor da pessoa e potenciar a atualização do seu potencial humano.

A tutela da dignidade da pessoa humana nestas circunstâncias exige uma proteção acrescida dos seus direitos e uma atenção especial aos aspetos relacionais dos cuidados. Que a pessoa humana tem igual dignidade em todas as fases da sua vida, condição que deve ser respeitada sobretudo nas fases em que está presente uma especial vulnerabilidade.

Ser humano e viver humanamente não são a mesma coisa, a desumanização surge quando não se integra o cânone da moralidade a reconhecermos como seres morais, impelidos pela razão e pelo coração ao bem da pessoa vulnerável.

Para o crente humanizar e prestar cuidados éticos é o que nos une no desejo de prestar cuidados, promover programas e serviços centrados na pessoa, que são pensados, administrados e geridos e realizados de forma integral na sua dimensão física, intelectual, emocional e espiritual considerando-a sempre como um fim e não um meio, tratando-a como se o modo de fazê-lo se constitua lei universal. A inteligência do amor ao outro pode ser o

PENSAR, SENTIR E REFLETIR NOS VALORES EM ENFERMAGEM

Prof.^a Doutora Lurdes
Martins

motor de todo o processo de cuidado ético, de humanização se este for enquadrado com verdadeira paixão pelo que fazemos, pelos cuidados que prestamos. Os enfermeiros assumem formalmente perante a sociedade o particular compromisso de zelar pelos mais vulneráveis, fazê-lo de forma responsável é uma exigência ética.

O desenvolvimento tecnológico constitui por si um elemento humanizador, posto ao serviço das necessidades das pessoas e dos povos, é necessário fazer também um resgate dos instrumentos terapêuticos mais antigos: a palavra, a presença e as mãos a fim de darmos a devida importância ao mundo dos sentimentos e da inteligência do coração.

Pensar, Sentir e Refletir sobre os valores que orientam a nossa profissão é e será sempre uma excelente forma de tornar mais fácil a sua compreensão e consequente utilização, independentemente dos contextos em que atuemos.

Referências Bibliográficas

Arantes VA. Educação e valores. 2nd ed. São Paulo, SP(BR): Summus Editorial; 2007.

Aristóteles - *Éthique à Nicomaque*, Paris, GF-Flammarion, 1992.
Aristóteles, -. *Ética a Nicómaco*. 4th ed. São Paulo, SP(BR): Edipro; 2014.

Casado M, Martinez M, Neves MCP. eds. Declaration on ethics and integrity in university teaching. Barcelona (ES): University of Barcelona; 2018.

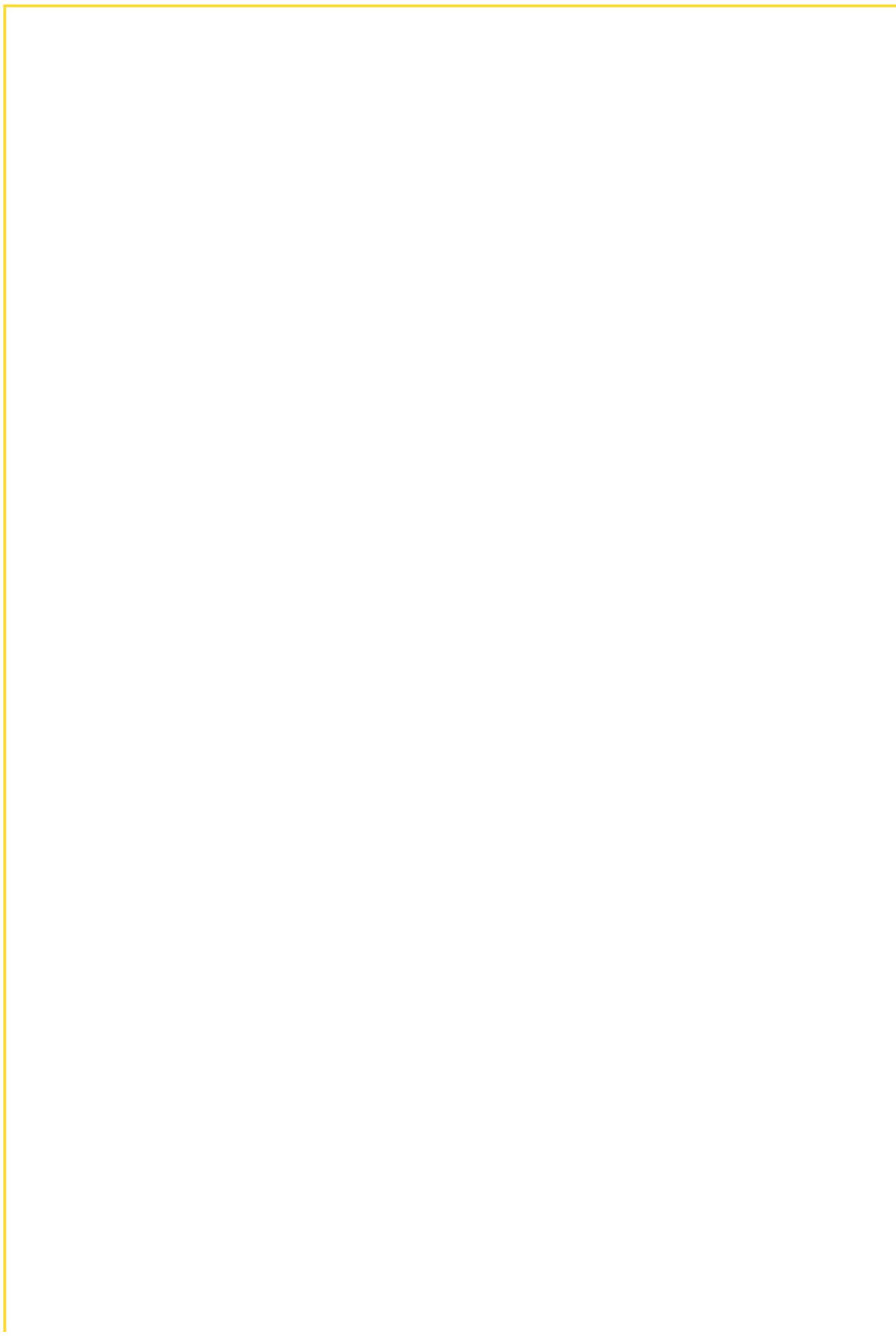
Coreth, Emerich - *O que é o Homem? Elementos para uma antropologia filosófica*, Lisboa, Editorial Verbo, Setembro de 1988.

Heidegger, Martim, in CORETH, Emerich - *O que é o Homem? Elementos para uma antropologia filosófica*, Lisboa, Editorial Verbo, Setembro de 1988.

Macintyre A. After virtue: a study in moral theory. 3rd ed. Indiana (US): University of Notre Dame Press; 2007.

Renaud, Isabel. O cuidado de Enfermagem - Pensar Enfermagem Vol14 No1 1o Semestre 2010.

Sennett R. El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad. Barcelona (ES): Editorial Anagrama; 2003.



EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: UM VALOR NA RESPONSABILIDADE SOCIAL

Prof^a Doutora Amélia Simões
Figueiredo



Refletir sobre o que tem sido até aqui a nossa extensão Universitária e traduzir este exercício no valor, que a mesma, representa para a responsabilidade social é o objetivo deste texto.

Sair de portas, levar o conhecimento para além da academia serve o propósito de assistir os outros, numa primeira fase talvez refém de algum altruísmo que ainda possa residir na profissão e na disciplina de Enfermagem. Numa segunda fase, serve o propósito de uma universidade transformadora ao serviço do bem comum!

Será sempre entre o passado da extensão universitária e o futuro, respeitando o pendor 2025 do Plano de Desenvolvimento estratégico da UCP, que escrevemos esta comunicação.

Com esta intensão a universidade procura contribuir para uma humanidade socialmente responsável através da Capacitação social; criar valor económico colocando o conhecimento ao serviço da comunidade; promover o pensamento através da cultura e através da arte, contribuir em conjunto com os cidadãos, organizações e governos para um novo modelo global mais digno e justo para todos no que diz respeito à cidadania e políticas públicas, mas sempre cuidando

da interioridade no encontro pessoal com o outro ao serviço da Pastoral da saúde.

Ao abordamos a dimensão da Capacitação Social importa revisitar a origem do conceito capacitar. Para tal temos que retomemos à Declaração de Alma-Ata, em 1978, onde se anunciava ao mundo a filosofia dos cuidados de saúde primários. Esta mudança de paradigma declarado é reforçada pela Carta de Ottawa em 1986, centrada na Promoção da Saúde nos países industrializados, onde é introduzido o termo capacitar. Neste segundo documento histórico *“a promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde”*.

O mesmo documento acrescenta ainda que: *“Para atingir este objectivo, torna-se necessária uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os factores que a determinam”*.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: UM VALOR NA RESPONSABILIDADE SOCIAL

Prof^a Doutora Amélia Simões
Figueiredo

Já a responsabilidade social promove a integração da aprendizagem baseada em projetos sociais e voluntariado solidário, de forma a articular o trabalho académico desenvolvido nas diversas unidades curriculares dos vários ciclos de estudos e a resposta a necessidades concretas da comunidade, promovendo o reforço das competências adquiridas em contexto formal, bem como uma maior consciência social por parte dos estudantes (Marques, R., Mendes, A., Belo, A., Pereira, H., Fernandes, J. L., Simões, J. A. et al. (2018).

No que diz respeito à Valorização do conhecimento e serviço à comunidade a Escola de Enfermagem de Lisboa desde 2013, tem criado valor colocando o conhecimento ao serviço das comunidades que mais necessitam. Na maioria dos casos coincidiu com a conclusão do doutoramento de muitos dos protagonistas dos projetos de extensão universitária. Para além desta necessidade de transferir conhecimento produzido na universidade ao serviço das populações como já referimos, o Centro de Enfermagem da Católica (Lisboa) assume a missão de servir a pessoa no seu projeto de saúde com uma prática baseada na evidência científica e orientada pela solidariedade, em colaboração com instituições que partilhem os mesmos valores, articulando os serviços com o ensino e a investigação.

O CEC (Lisboa) é uma estrutura que agrega os projetos de extensão comunitária e promove as atividades de serviços de enfermagem. A prestação de serviços de Enfermagem inclui a prestação de cuidados, mas também a ação formativa e de assessoria científica e técnica no âmbito dos Projetos de extensão Comunitária. Esta estrutura CEC tem como objetivos congregar os projetos de extensão à comunidade, de prestação de serviços de enfermagem, da EEL do ICS/UCP;

- Criar consultas de enfermagem, dirigidas à comunidade académica e à comunidade em geral, em áreas identificadas como necessárias;
- Prestar cuidados de enfermagem a pessoa e famílias, no seu domicílio, como meio de divulgação do conhecimento científico de enfermagem e como ambiente de ensino clínico e estágio de estudantes;
- Prestar serviços de educação para a saúde, a grupos em instituições de ensino, empresas e outras entidades, em áreas identificadas como necessárias;
- Prestar serviços de assessoria científica e técnica de enfermagem, a organizações de saúde, no âmbito dos projetos de extensão à comunidade implementados;
- Prestar serviços de formação em enfermagem e em saúde, a grupos profissionais de organizações de saúde ou outras entidades da comunidade.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: UM VALOR NA RESPONSABILIDADE SOCIAL

**Prof^a Doutora Amélia Simões
Figueiredo**

Os projetos “Capacitar para bem mobilizar”; Formação em “Comunicação e Gestão de Conflitos”; “Prevenção da Obesidade Infantil”; “Dinâmica Escola-Meio”: uma parceria de Promoção de Saúde; “HOPE2Care”; Consulta de Hipertensão na Junta de Freguesia de Alcântara; “Assistência a Peregrinos do Santuário de Fátima” são projetos que integraram a extensão Universitária numa aproximação clara às necessidades da população e que, por diferentes acontecimentos, foram descontinuados periodicamente. Podendo retomar a atividade caso se sinta essa necessidade na comunidade.

O Projeto “maio, mês do coração” promove a avaliação da tensão arterial e do índice de massa corporal, ao mesmo tempo que recomenda sobre a adoção de diversos comportamentos/estilos de vida saudável, nomeadamente no que se refere à prevenção das doenças cardiovasculares. Este ano em particular soube adaptar-se à nova realidade que se vive em situação pandémica a sua ação decorreu de forma virtual, através das redes sociais, Instagram e Facebook, e constou de uma corrida virtual, em parceria com o Departamento do Bem-Estar e do Desporto da Associação de Estudantes da Escola de Enfermagem de Lisboa. As publicações semanais nas redes sociais versavam sobre a promoção de estilos de vida saudáveis,

com o objetivo de mudança/manutenção do referido comportamento.

O Projeto “Consulta de Enfermagem Comunitária no BPA”, desde 2013 que se assume como um projeto de intervenção comunitária para a população vulnerável, tem integrado a dimensão: do ensino (com estudantes dos três ciclos de estudos), da prestação de serviços (com uma consulta de Enfermagem todas as quartas-feiras) e alimenta a investigação. O fecho do Balneário num período mais crítico da pandemia fez, numa fase inicial desviar as pessoas para outras estruturas e, numa fase posterior, reabrir o recurso e a consulta de Enfermagem sob consultadoria científica melhorando o desempenho e minimizando o o risco para os utilizadores do recurso comunitário.

O projeto de intervenção nas escolas “Capacitar para Salvar” é, desde 2013, suportado por workshops de sessões de educação para a saúde sobre Suporte Básico de Vida e desenvolver-se em torno da divulgação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, capacitando a comunidade académica, em particular os estudantes do secundário para o Suporte Básico de Vida. O Projeto “Capacitar para proteger” tem como objetivo a realização de formações específicas, aos profissionais das instituições que acolhem pessoas idosas, sobre procedimentos adequados para prevenir a transmissão de infeção em geral e a transmissão da infeção por coronavírus em especial.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: UM VALOR NA RESPONSABILIDADE SOCIAL

**Prof^a Doutora Amélia Simões
Figueiredo**

Ultimamente tem estendido as Sessões de educação para a saúde aos docentes, não docentes e discentes, da nossa academia, em formatos online principalmente aquando da reabertura do *Campus* em abril do corrente ano.

Estes dois últimos projetos, “Capacitar para Salvar” e “Capacitar para Proteger” são candidatos a Projetos segundo a metodologia Aprendizagem serviço, certificados pela Universidade Autónoma de Madrid.

Os nossos projetos promovem o pensamento crítico no âmbito dos três ciclos de estudo e são um palco inquietante, não só para a investigação como também, através da arte, para a divulgação do serviço à comunidade. É um exemplo claro desta situação, a fotografia vencedora no concurso “Cuidar da casa comum” que retrata o projeto “Public Bathhouse Nursing” na celebração do ano “*Laudatu si*”.

Os nossos projetos são, igualmente, estruturas incubadoras Cidadania e das políticas públicas que podem, por via da investigação e da prestação de serviços, melhor a estratégia política. Esta evidência fica clara, ao longo dos anos, através dos vários protocolos que temos vindo a celebrar com organizações da política local, bem como pelas alterações que promovemos através do modelo de

consultadoria científica enquanto parceiros, naquelas mesmas organizações! Cuidar da interioridade no encontro pessoal com o outro é igualmente um propósito que marca os ritos de iniciação, de processo educativo e de encerramento daquilo que se preconiza ser Enfermeiro.

Queremos continuar a acrescentar valor, cada vez mais no exercício de três grandes a investigação que realizamos e que anima e credibiliza o ensino de Enfermagem; o ensino que, em formatos inovadores, no uso de metodologias de aprendizagem em serviço, possam melhorar a prestação direta de cuidados e naturalmente tornar as comunidades autónomas, por via da capacitação das mesmas, para melhor gerirem os processos de saúde doença.

A extensão universitária prevê intervenção comunitária numa lógica de dar resposta às necessidades reais das populações.

Podem acrescentar os valores da Universidade que no fundo são os valores da profissão, mobilizar os recursos endógenos partindo dos recursos e reais recursos que existem, no exercício do envolvimento, da responsabilidade pelos outros, da compaixão, na interdisciplinaridade, com compromisso!

Vamos continuar a fazer o bem, bem
feito!

A extensão universitária é, claramente, uma dimensão com valor na responsabilidade social!

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: UM VALOR NA RESPONSABILIDADE SOCIAL

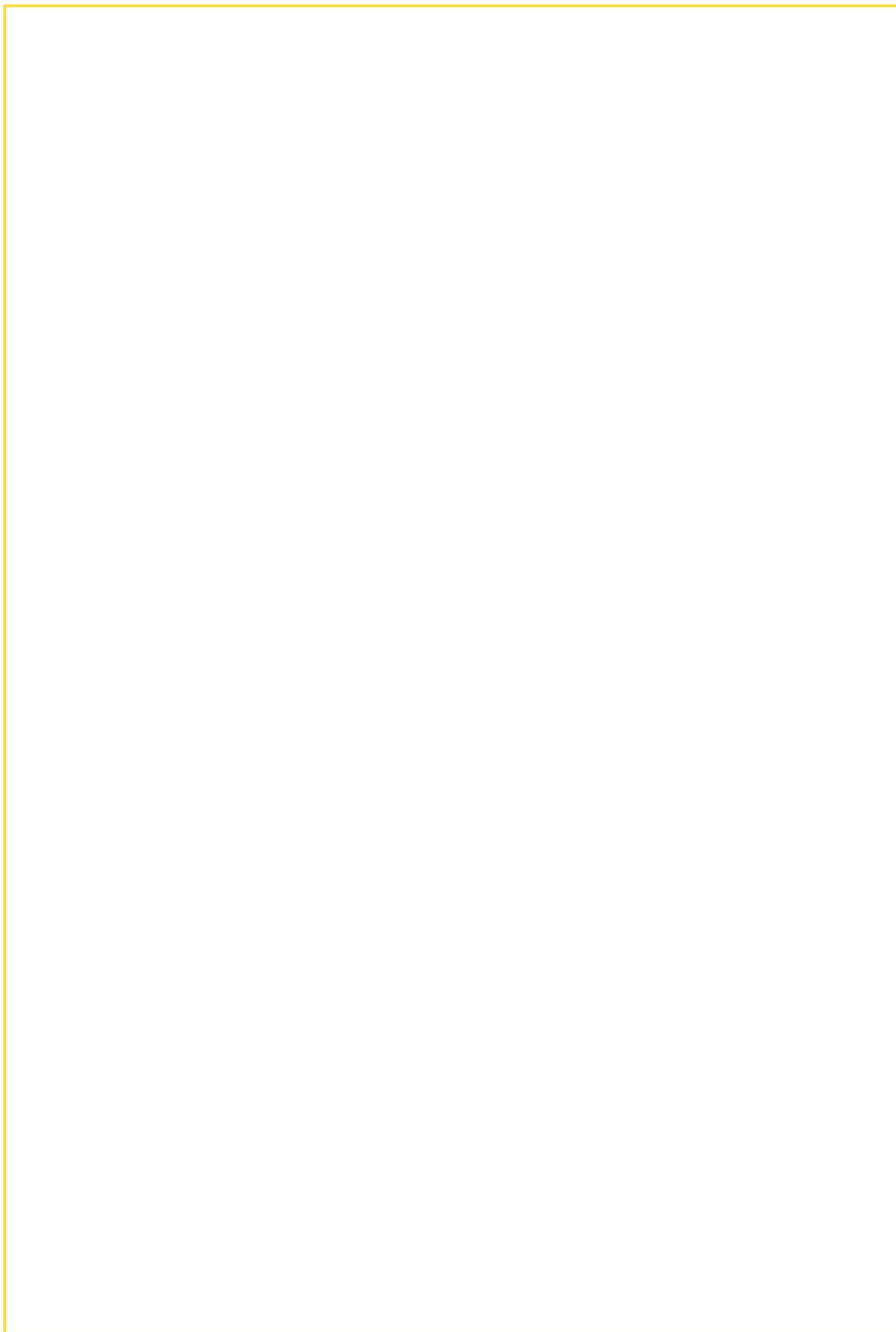
Prof^a Doutora Amélia Simões
Figueiredo

Referências Bibliográficas:

Alma, A. (1978, September). Declaração de Alma-Ata. In Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde (pp. 6-12).

Marques, R., Mendes, A., Belo, A., Pereira, H., Fernandes, J. L., Simões, J. A. Et al. (2018). *Livro verde sobre responsabilidade social e instituições de ensino superior: Versão provisória para consulta pública*. Lisboa: Sa Press- Comunicação Social.

de Salud Pública, A. C. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. OMS.



CAPACITAR PARA PROTEGER: UM PROJETO DE APRENDIZAGEM EM SERVIÇO

Estudante de Enfermagem
Gonçalo Garcia



A COVID-19 por ser uma doença que afetou os cinco continentes a nível mundial, foi declarada pandemia a 11 de março de 2020.

O Projeto Capacitar para Proteger, integrado no Projeto de Aprendizagem em Serviço, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), nasce em situação de pandemia, tendo em consideração a necessidade de dar respostas a recursos da comunidade e da própria UCP, no âmbito da prevenção da COVID-19.

O nosso projeto ao integrar o Projeto Major de Aprendizagem em Serviço, revela-se como uma oportunidade de aprendizagem para os estudantes, pelo desenvolvimento de competências transversais, que dinamizam e transferem o conhecimento científico para a prática da responsabilidade social.

Um dos objetivos da Escola de Enfermagem de Lisboa é que a estratégia de Aprendizagem em Serviço, seja também uma forma de os futuros enfermeiros desenvolverem competências específicas no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 e serem proativos na sua implementação.

As formações em formato online, asseguradas por estudantes com orientação pedagógica e científica de professores, permitem formar e capacitar os formandos para as melhores medidas preventivas, à luz da evidência científica atual.

Deste modo, serão agentes ativos de transformação social, promovendo o desenvolvimento de uma sociedade mais saudável, igualitária e resiliente.

Os conteúdos das formações foram sistematizados em itens comuns a todos os contextos formativos, dando como exemplo, a “Introdução à COVID-19” e o módulo de “Higienização das mãos”, bem como itens individualizados a cada realidade social, consoante a sua aplicabilidade no quotidiano de cada grupo-alvo, são exemplo os módulos sobre “Equipamentos de proteção individual”, “Ambiente de Trabalho Seguro” ou “Ambiente Universitário Seguro” e “Ser profissional” ou “Ser Estudante”.

Inicialmente, o projeto centrou-se nas Estruturas Residenciais para Idosos, contudo, para além destas instituições foram identificadas outras necessidades, noutros contextos, como

CAPACITAR PARA PROTEGER: UM PROJETO DE APRENDIZAGEM EM SERVIÇO

Estudante de Enfermagem
Gonçalo Garcia

é o caso específico da comunidade académica da Universidade Católica Portuguesa, pretendendo-se que todos tenham um papel ativo no controlo de transmissão do vírus.

Desde 12 de maio de 2020, foram realizadas várias formações sobre medidas preventivas da COVID-19. As primeiras formações realizaram-se para profissionais de saúde de Estruturas Residenciais para Idosos, por videoconferência. Tendo em consideração o resultado positivo da formação nesse contexto, rapidamente nos solicitaram formação no âmbito de outros contextos, de que são exemplo: o Apoio Domiciliário, Creches, Infantários, Contextos Desportivos e Universitários.

Até 4 de junho de 2020 realizámos 8 formações, a 6 instituições, onde estiveram envolvidos 48 formadores e 135 formandos.

Em setembro de 2020 formamos os nossos estudantes do primeiro e segundo ano, cerca de 155 estudantes, do Curso de Licenciatura em Enfermagem, seguindo-se o terceiro e quarto ano, conseguindo desta forma alcançar a totalidade dos nossos estudantes do primeiro ciclo de estudos, antes de iniciarem os ensinamentos clínicos.

Dia 19 de Fevereiro de 2021 foi iniciada uma nova fase - difusão por toda a nossa comunidade académica, onde formámos 72 docentes e colaboradores e

realizámos duas formações para estudantes, uma em português e a segunda em inglês, onde estiveram presentes 14 pessoas.

Deste modo, a aprendizagem é transversal a todo o processo, refletindo-se sobre as experiências vividas, pelo que ao longo do percurso dos estudantes que integram o presente projeto, dado o dinamismo entre professores e estudantes, e estes com a comunidade, desenvolveram-se competências académicas inerentes à sua formação enquanto pessoa e futuro profissional, garantindo assim o compromisso ativo do estudante na comunidade.

Sob este prisma, o Projeto Capacitar para Proteger não terminará assim que a pandemia terminar, o objetivo é continuar a capacitar a população para boas práticas em saúde, contribuindo para a promoção da saúde, através de práticas seguras e desta forma prevenir a doença, com um enorme contributo para a sociedade em geral, que espelhe a nossa Enfermagem com Valor.

Bibliografia:

Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE). (2020). Pode o novo tipo de coronavírus ser transmissível através da comida? Disponível em: <https://www.asae.gov.pt/espaco-publico/destaques/pode-o-novo-coronavirus-ser-transmissivel-atraves-da-comida.aspx>.

Concelho Federal de Enfermagem (CFE). (2020). COVID-19 -Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção Individual. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf.

CAPACITAR PARA PROTEGER: UM PROJETO DE APRENDIZAGEM EM SERVIÇO

Estudante de Enfermagem
Gonçalo Garcia

Direção Geral de Saúde (DGS). (2007). Recomendações para as Precauções de Isolamento Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão (em revisão). Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-dainfeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-as-precaucoes-de-isolamento-precaucoes-basicas-e-precaucoes-dependentes-das-vias-de-transmissao-em-revisao-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2010) Circular Normativa. 13/DQS/DSD. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2013). Pergunta frequente 25/2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/perguntas-frequentes/pergunta-frequente-252013-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2015). Norma 013/2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132014-de-25082014-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2020). Norma 014/2020: Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Limpeza e desinfeção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142020-de-21032020-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2020). Informação no 009/2020: Orientação no 024/2020: COVID-19 Regresso ao Regime Presencial dos 11o e 12o Anos de Escolaridade e dos 2o e 3o Anos dos Cursos de Dupla Certificação do Ensino Secundário. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n-0242020-de-08052020-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2020). Norma 007/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2020). Norma 011/2020. Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/Informacao_N11-2020.pdf.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2020). Norma 019/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0192020-de-03042020-pdf.aspx>.

CAPACITAR PARA PROTEGER: UM PROJETO DE APRENDIZAGEM EM SERVIÇO

Estudante de Enfermagem
Gonçalo Garcia

Direção Geral de Saúde (DGS). (2020). Norma no 004/2020 de 23 de março de 2020 atualizada a 14 de outubro de 2020. Direção Geral de Saúde (DGS). (2020). Novo Coronavírus Covid-19 Distanciamento Social. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Distanciamento-social.pdf>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2020). Visitas aos lares vão ser retomadas - COVID-19. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/visitas-aos-lares-vaio-ser-retomadas-mas-com-muitas-regras/>

Direção Geral de Saúde DGS. (2020). Orientação 010/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102020-de-16032020-pdf.aspx>.

Guo, Y., Cao, Q., Hong, Z., Tan, Y., Chen, S., Jin, H., Tan, K., Wang, D. & Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 outbreak - an update on the status. Military Medical Research, 2-10. Doi: 10.1186/s40779-020-00240-0.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009): Guideline. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf.

Paiva, J. A., Fernandes, P. A., & Silva, M. G. (s.d.). Parecer Sobre o Uso de Verniz nas Unhas pelos Profissionais de Saúde.

Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) (2020). FAQ sobre Equipamento de Proteção Individual. Disponível em https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais_conteudos_ficheiros/covid-19_faqs-equipamento-de-protecao-individual.pdf.

Universidade Católica Portuguesa (UCP) (2020). Manual de Boas Práticas. Lisboa: UCP. Disponível em: <https://www.ucp.pt/sites/default/files/2021-04/ManualBoasPraticasLisboa.pdf>.

EMPATIA: TERAPÊUTICA ESSENCIAL DOS CUIDADOS HOLÍSTICOS

Padre Alberto Mendes



Falar da empatia na atualidade, tendo em conta o vulgar uso da mesma, pode não ser fácil e até poderá ser arriscado, caindo na repetição do muito que se diz sobre o tema. No entanto, tendo em conta o contexto dos cuidados de saúde, nomeadamente da área da enfermagem, nunca é demais falar sobre o tema, pois estamos a refletir sobre um valor imprescindível, quando queremos a excelência dos cuidados à pessoa em sofrimento.

É mais que sabido que, quando cuidamos, estamos a cuidar a pessoa toda na sua totalidade, biografias a cuidar de biografias, logo toda a abordagem acaba por implicar proximidade e profundidade na relação terapêutica, com o respetivo respeito, evidentemente, pois trata-se de pessoas em vulnerabilidade, que consequentemente nos exigem a devida dignidade.

Neste sentido, a empatia deverá ser sempre um instrumento terapêutico, um valor, ou seja, um “plus”, em todo o processo relacional de ajuda, sem o qual, aliás, dificilmente se poderão conseguir uns bons e excelentes cuidados, ainda que o rigor técnico e científico, sejam dos melhores ou dos mais avançados.

Assim comentava uma doente, depois de um enfermeiro lhe curar a ferida: “ele tem coração tem, mas não faz uso dele”, ou seja, técnica até estava lá, mas deve ter faltado o «calor» humano enquanto fazia o curativo! Por vezes esquecemos que ao cuidar do corpo, temos outras dimensões da condição humana que precisam talvez mais que a dimensão corpórea do ser pessoa.

S. Camilo de Lélis dizia: “colocar mais coração nas mãos”. Na hora de cuidar do outro, a par da técnica rigorosa, seria bom conseguir colocar uma boa dose de sensibilidade, de compreensão e de compaixão, favorecendo a empatia, que é a chave para a humanização, particularmente no mundo do sofrimento humano.

Em contexto de saúde, a empatia poderá ser um instrumento facilitador, tanto ao nível do diagnóstico, como também nas respetivas intervenções, tendo em conta que a atitude empática do ajudante poderá por si mesma gerar confiança e um clima “de um à vontade” na pessoa ajudada, que irá favorecer todo o processo terapêutico.

EMPATIA: TERAPÊUTICA ESSENCIAL DOS CUIDADOS HOLÍSTICOS

Padre Alberto Mendes

Confessava-me uma doente: “quando a enfermeira Ana (nome fictício) está de turno, parece que não há tanto sofrimento, é algo que não sei explicar sabe..., mas até o olhar dela e o simples tocar aliviam as dores, vê-se bem que ela entende o sofrimento que estamos a viver...”! Não será isto a prática da empatia!?

Por conseguinte, vemos logo que a empatia não é mera teoria, na medida em que tem implicação prática, aliás parafraseando Bermejo, e de acordo com Torralba podemos falar de hospitalidade compassiva, de um acolher o outro com todo o seu mundo, de se preocupar com o outro que sofre e tentar ajudar o mais possível, ou seja “um interesse-me por ti” sempre!

A hospitalidade compassiva, é assim um modo especial de dar resposta compassiva a quem sofre, acolhendo-o como é, na sua história, com autenticidade e numa aceitação incondicional, sem julgamentos ou preconceitos, com total empatia, de forma a contribuir para o seu melhor bem-estar possível.

A empatia acaba por ser, quase como que uma «arma» saudável, ao serviço de cada elemento de uma equipa

de saúde, seja ele da dimensão física, psicológica, social ou espiritual, para que possam todos atuar em sintonia, tendo no centro a pessoa doente, tanto ao nível do diagnóstico, como também da intervenção.

Vejam algumas expressões de pessoas em contexto de cuidados de saúde:

“Nunca esquecerei como fui tratada na unidade..., ainda antes de me queixar, os enfermeiros já estavam a perguntar se precisava de alguma coisa”

“Todos os técnicos são bons, mas alguns têm um dom especial para compreender e cuidar”

“Há enfermeiras que têm uma vocação especial e sente-se na forma como nos cuidam.”

“É muito bom sentir que se interessam por nós quando estamos dependentes numa cama, e isso sente-se pela forma como percebem o que estamos a sofrer.”

“Pela maneira de falar e como nos dão atenção, vê-se logo que não estão aqui só pelo dinheiro, que também é importante, claro.”

É certo que nem sempre as coisas são positivas e por vezes correm menos bem, mas quando de facto há o esforço de quem cuida de se colocar no lugar de quem sofre, «calçar os seus sapatos», tudo pode ser diferente na prática dos cuidados.

Egan fala-nos até de um tipo de empatia avançada, onde se dá a boa comunicação da compreensão da experiência alheia, concretizada em respostas não diretivas, mas empáticas, centradas na pessoa, explicitando tudo o que se compreende do mundo interno externo da pessoa com todos os significados.

EMPATIA: TERAPÊUTICA ESSENCIAL DOS CUIDADOS HOLÍSTICOS

Padre Alberto Mendes

A empatia ajuda a devolver ao outro todo o seu próprio mundo de uma forma mais esclarecida e objetiva, para que a própria pessoa possa fazer um caminho de integração pessoal, no crescimento e equilíbrio em ordem ao seu melhor bem-estar biográfico.

Neste sentido as habilidades da comunicação, têm também aqui um papel fundamental, saber comunicar de forma transparente, assertiva, rigorosa e ética, é imprescindível em todo o processo, desde o diagnóstico até às respetivas intervenções, tornando assim a relação de ajuda mais autêntica e eficaz.

Posto isto, e tendo em conta estas jornadas de enfermagem, os enfermeiros/as que cuidam diariamente de pessoas em situação de vulnerabilidade, para além dos seus conhecimentos técnicos devem possuir uma autêntica competência relacional, com todas as habilidades e ferramentas que lhe são inerentes, para conseguirem melhores resultados em todo o processo terapêutico.

Estamos assim perante algo essencial e imprescindível neste mundo dos cuidados à pessoa, a empatia como um instrumento terapêutico, um valor acrescentado em todo o processo de

ajuda, por conseguinte todo o profissional de saúde deveria ter a responsabilidade de fazer o esforço permanente, sobretudo quando a atitude empática não for espontânea, de adquirir competências e se exercitar neste modelo terapêutico, que além de técnico é também muito mais humanizante.

Poderíamos afirmar que os profissionais de saúde deveriam ser mestres na empatia terapêutica, que neste contexto dos cuidados ao outro, é muito mais que compreender, pois implica sempre um saber comunicar empaticamente de forma vital, aquilo que se compreendeu, de forma verbal e não-verbal, para que a pessoa se sinta compreendida no seu mundo situacional.

Na realidade trata-se do “passar do ter empatia para o ser empático”, e isto deveria ser um dinamismo permanente de quem cuida, que implica compromisso de um ser com outro ser, numa reciprocidade, onde por vezes poderá haver eventuais “feridos e/ou curados” pelo próprio valor da empatia.

Por conseguinte, nunca é demais referir o quanto importante acaba por ser a atitude empática dos profissionais do mundo da saúde, acarretando com ela algumas implicações práticas, de mudança de paradigma dos cuidados, que expresso de seguida em forma decálogo:

EMPATIA: TERAPÊUTICA ESSENCIAL DOS CUIDADOS HOLÍSTICOS

Padre Alberto Mendes

DECÁLOGO DA MUDANÇA DE PARADIGMA DOS CUIDADOS

- 1- Do curar às vezes - ao cuidar sempre
- 2- Do curar parcial - ao cuidar total
- 3- Do não conseguir fazer bem - ao não fazer o mal
- 4- Do quase nada posso - ao tudo devo fazer
- 5- Da ocupação pontual - à pré-ocupação constante
- 6- Do desinvestimento - ao acompanhamento
- 7- Da vulnerabilidade sem sentido - à dignidade significativa
- 8- Da onnipotência tecnicista - à compaixão vivenciada
- 9- Da meia verdade escondida - à transparência comunicada
- 10- Do mecanizar a partida - ao humanizar o morrer

Esta mudança de paradigma dos cuidados, na prática, só será possível quando o valor da empatia seja de facto um instrumento terapêutico vivenciado pela maioria dos profissionais, colocando a centralidade da ação na pessoa doente, que na sua vulnerabilidade, continua com toda a dignidade como pessoa.

Quando o profissional que cuida, tiver a capacidade de se colocar no lugar do outro que está a cuidar, e prestar os cuidados como gostaria que fizesse a si próprio, com técnica e compaixão,

podemos afirmar que os cuidados de saúde estão a melhorar.

Não basta evoluir muito na ciência e na técnica, quando a humanização não consegue acompanhar essa evolução. E aqui sim, a empatia e a respetiva relação e comunicação empática, a par da boa utilização dos meios avançados, pode ser “uma boa bengala” para a prestação dos cuidados, na harmonização entre a técnica e a humanização.

O modelo “samaritano” poderá contribuir muito como exemplo de “cuidados empáticos” à pessoa, na medida em que apresenta uma metodologia que implica colocar-se no lugar do outro; «Ver, Aproximar, Compadecer-se e Atuar». Vemos claramente que não chega diagnosticar e intervir, é necessária uma ação intermédia; a proximidade e a compaixão, com um profundo envolvimento e compromisso terapêutico.

A pessoa quando se sente compreendida no seu mundo e que alguém se interessa por ela, acaba por ter um papel ativo no seu próprio processo terapêutico, seja ele de cura, de prevenção, de reabilitação, de manutenção ou paliativo. Logo, o valor da empatia poderá ser quase um “medicamento” em algumas situações.

Também não queria deixar de partilhar um método pessoal que me tem ajudado no âmbito dos cuidados, tendo em conta a empatia, que apelido por método «a-e-i-o-u», que passa por Acolher, Escutar, Intervir, Observar e Unificar. Trata-se de apostar num acolhimento incondicional e uma autêntica escuta, para se intervir bem e de forma integral, continuando com o compromisso de uma observação constante de todo o processo,

EMPATIA: TERAPÊUTICA ESSENCIAL DOS CUIDADOS HOLÍSTICOS

Padre Alberto Mendes

para se conseguir uma boa unificação da pessoa, na sua integralidade, segundo o modelo holístico dos cuidados.

Enfim, mais que muitos métodos, o essencial é seguir a pedagogia cristológica dos 3 As, desde logo muito simples e empática; Acolher - Amar - Agir, acolhendo e amando, como Jesus, a pessoa toda com o seu mundo, agindo com autenticidade colocando a pessoa e o seu maior bem no centro de toda a ação.

Concluindo, não há dúvida que na prática nem sempre é fácil viver em atitude empática, mas para o pessoal da saúde, especialmente de enfermagem, torna-se num imperativo ético e de competência profissional, esta forma de cuidar, demonstrando na prática “o valor de uma enfermagem com valores”.

Referências Bibliográficas

Bermejo J.C., Empatía Terapéutica. La compasión del sanador herido. EDB Bilbao 2012, p. 73.

Bermejo J.C., Empatía Terapéutica. La compasión del sanador herido. EDB Bilbao 2012, p. 71.

Bermejo J.C., Humanizar el sufrimiento y el morir - Perspectiva bioética y pastoral. PPC Madrid 2010, p. 67.

Bermejo J.C., Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermaría. San Pablo Madrid 1997, p. 9.

Egan G., El orientador experto: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. Universidad Iberoamericana México 1975, p. 128.

Mendes, A.P. M., Cuidados Paliativos - Diagnóstico e intervenção espiritual. Multinova Lisboa 2016.

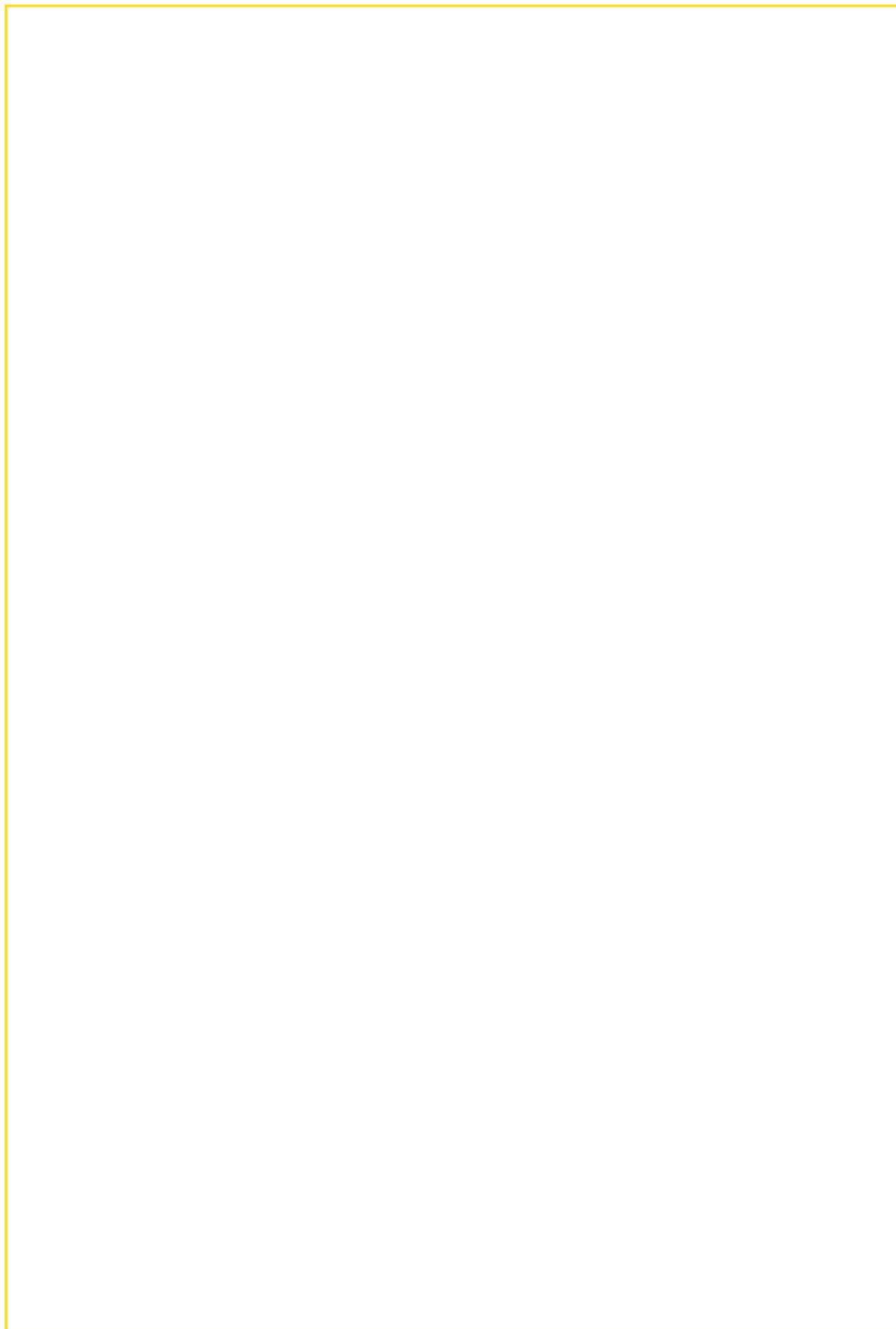
Mendes, A.P. M., Mesa redonda: Quando curar não é possível. Cuidados e decisões em fim de vida; obstinação terapêutica. In Reunião Anual Sociedade Portuguesa de Hematologia. Vilamoura 2017.

Nouwen, H. J. M., O Curador Ferido. Paulinas Lisboa 2001.

Rogers, C., Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós Barcelona 1986, p. 146.

Sampaio, S., Relação pastoral de ajuda. Boas práticas no acompanhamento espiritual de doentes. Universidade Católica Portuguesa Lisboa 2011, p. 53

Torralba F., Sobre la hospitalidad. Extraños y vulnerables como tú. PPC Madrid 2003, p. 87.



INVESTIR NO AUTOCONHECIMENTO: UMA VIA PARA A EMPATIA

Mestre Lurdes Medeiros
Garcia



O autoconhecimento é fator determinante na comunicação e na relação com o outro (Rasheed, 2015; Soolgil & Sungjae, 2016; Arnold, & Boggs, 2016) e facilita o desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa (Carvajal, et al, 2019).

Embora seja importante e reconhecido como tal, este processo introspetivo para conhecer e compreender os próprios pensamentos, sentimentos, convicções e valores (Eckroth-Bucher, 2010) é inacabado por natureza, exigente e influenciado pela vivência/experiência de quem se compromete a estar, intencionalmente, envolvido no seu desenvolvimento.

De acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2015) “O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de Enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, a

relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades”.

O autoconhecimento está reconhecido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no qual se refere que o enfermeiro “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e na alínea a) do artigo 4º no Regulamento das Competências Específicas do do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, isto é, “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O movimento do enfermeiro sobre si próprio está intimamente ligado à formação contínua devendo o mesmo adotar “uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo

INVESTIR NO AUTOCONHECIMENTO: UMA VIA PARA A EMPATIA

Mestre Lurdes Medeiros
Garcia

das suas práticas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os critérios da competência fazem referência à responsabilidade do enfermeiro pela aprendizagem ao longo da vida.

Ao investigar a literatura de enfermagem, Carper (1978) propôs quatro padrões de conhecimento em Enfermagem, nomeadamente o conhecimento Empírico, o conhecimento Estético, o conhecimento Ético e o conhecimento Pessoal, o qual é a base de expressões de autenticidade e genuinidade fundamentais numa relação de cuidado.

O conhecimento pessoal, o menos desenvolvido, é quase um pré-requisito para o desenvolvimento dos padrões ético e estético e sua expressão na prática de forma satisfatória (Villalobos, 2005). Refere ainda a autora que, os diferentes autores (Silva, Sorrell & Sorrell, 1995; White, 1995; Chinn & Kramer, 1999; Edwards, 2002; Schmith et. al, 2003) que se debruçaram sobre os padrões do conhecimento em Enfermagem desenvolvidos por Carper (1978), salientam que os mesmos se expressam de forma integrada e têm ligações entre si promovendo a expressão do cuidado de forma holística.

O conhecimento Pessoal deve assim ser alvo de desenvolvimento ao longo da vida. A relação interpessoal possibilita esse desenvolvimento. Duas pessoas diferentes, em interação intencional com objetivos claros por parte do enfermeiro em que o mesmo se prepara para o desconhecido (mas humano), nomeadamente o que o outro vive, como vive, nunca tendo o enfermeiro tido essa vivência: É complexo!

O conhecimento mais profundo de si, a aceitação de querer autenticamente conhecer o outro e ajudar é um aspeto motivador, mas é necessário estar atento a sinais de exaustão. Pode ser necessário criar a oportunidade para ajudar o enfermeiro no desenvolvimento do processo de se autoconhecer (Rasheed, 2015).

Ao terem conhecimento dos próprios sentimentos, os profissionais de saúde, estão em melhores condições para compreender melhor as emoções e os sentimentos vivenciados pelos pacientes e, conseqüentemente, para estabelecer relações empáticas com os mesmos (Stephany, 2014). A mesma autora refere ainda que o autoconhecimento favorece a capacidade de distinguir entre as próprias emoções e as dos outros, bem como a de permanecer atento aos efeitos das próprias palavras e às reações dos outros o que é importante para a adoção de atitudes empáticas (Stephany, 2014).

É interessante notar que, ao estudar a perspectiva dos utentes sobre cuidar, os mesmos referem a importância do autoconhecimento e do desenvolvimento pessoal da enfermeira sem os quais dificilmente a mesma consegue estabelecer uma comunicação que vise o cuidado e o empoderamento (Halldorsdottir, 2012).

INVESTIR NO AUTOCONHECIMENTO: UMA VIA PARA A EMPATIA

Mestre Lurdes Medeiros
Garcia

Desenvolver o autoconhecimento é um processo que deve ser intencional, isto é, o enfermeiro deve estar disposto, querer e acreditar que o movimento sobre si próprio, no sentido de se conhecer melhor, tem influência em si e nos outros.

Eu quero! Eu acredito!

Trata-se, neste sentido, de um investimento em si e na relação que a estabelecer. O que o enfermeiro vive de forma inevitável e procura viver de forma intencional torna-se, querendo, uma oportunidade para expandir o conhecimento que tem de si próprio.

Eu exponho-me!

Alargar o conhecimento que tem de si nasce da interação com o outro (todos os outros com quem comunica e se relaciona), a relação propicia o acesso ao mundo do outro e a questão coloca-se:

Como me relaciono com as pessoas e compreendo o mundo?

Ao relacionar-se com outra pessoa apenas a partir da sua vivência e realidade, o enfermeiro pode limitar a percepção sobre a mesma e diminuir a capacidade de a compreender inteiramente - com as suas emoções, as suas crenças e os seus sentimentos. Ao invés, interagir com uma pessoa levando em conta a sua realidade, o seu contexto social e as suas experiências, há a

oportunidade de ampliar o entendimento sobre ela e, a partir disso, interagir melhor com essa pessoa, evitando julgamentos e preconceitos. O enfermeiro deve iniciar um caminho de clarificar os valores pessoais os quais condicionam as suas atitudes e as suas crenças bem como o seu comportamento (Townsend, 2011).

A transformação acontece pela via de o enfermeiro conhecer mais sobre si na relação com o outro, “ver/entender” o mundo do outro pelos seus olhos, pela sua perspectiva. Tomar conhecimento de outras formas de ser/estar/lidar com as situações de vida alargam o seu horizonte. Fica clara a relação entre desenvolvimento pessoal e desenvolvimento profissional do enfermeiro quando o mesmo interage com uma pessoa levando em conta sua realidade.

Eu estou atento ao *feedback* dos outros!

Eu dou *feedback* aos outros!

Entender que nem todas as percepções/apreciações dos outros é crítica negativa não é fácil. Pode ser difícil aceitar/integrar as mesmas, mas cada um deve ter em conta que “Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015), pelo que, estar atento ao *feedback* dos outros e dar *feedback* de forma construtiva, é também estar a assumir o contributo para formar melhores profissionais. As experiências menos agradáveis devem ser alvo de reflexão. A expressão verbal e não verbal nem sempre é consciente por parte de quem a manifesta, pelo que todos e cada um podem e devem permitir ao colega/estudante aceder a esse conhecimento de si. A consciência das emoções pode ser facilitada pelo *feedback* dado por colegas e por vezes pelos próprios utentes.

INVESTIR NO AUTOCONHECIMENTO: UMA VIA PARA A EMPATIA

Mestre Lurdes Medeiros
Garcia

A experiência de ter sido “alvo” da expressão de empatia por alguém, nomeadamente na infância, pode ajudar a melhor agir enquanto profissional e a empatia de um professor pode influenciar a aprendizagem de um estudante de enfermagem e o seu desenvolvimento profissional (Mikkonen, Kyngas & Kaariainen, 2015).

O debate sobre o conceito de empatia está muito vivo na comunidade científica (Denworth, 2017). Podemos entender a empatia, ou melhor, a sua expressão, como uma característica muito importante numa relação terapêutica, que se revela ao fazer com que a pessoa se sinta aceite, compreendida, e na capacidade do enfermeiro em comunicar à pessoa a percepção que o mesmo tem do que a pessoa está a sentir, com base no que observa da sua comunicação verbal e da comunicação não verbal (Townsend, 2011).

- Quem me faz sentir empatia?
- Por quem não sinto empatia?
- Que características têm essas pessoas?
- Quão próximas/distantes estão de mim?
- O que consigo identificar em mim que me leva a dizer que sinto empatia?

- O que me leva a agir?
- Como ajo?

Refletir sobre estas questões é necessário, uma vez que o autoconhecimento favorece no indivíduo o reconhecimento dos seus limites, bem como pode minimizar projeções inadequadas nas relações de cuidado, que podem comprometer a empatia (Saviato & Leão, 2015).

O exercício da empatia pode fomentar o autoconhecimento dos intervenientes, o utente quando explora os seus sentimentos desenvolve o seu autoconhecimento, o que contribui para a promoção de um autoconceito positivo (Townsend, 2011).

Como investir?

No âmbito do padrão de conhecimento Pessoal, de acordo com Carper (1978), é relevante aprofundar o mesmo e compreender “Como sou?”, conhecer-me (Villalobos, 2005). Dado que, quer autoconhecimento, quer a empatia não se aprendem nos livros, é a relação com o outro que permite, querendo, aprender e melhorar as intervenções que permitem agir.

A reflexão é uma estratégia evidente nos diferentes estudos (Horton-Deutsch & Sherwood, 2008; Dawber, 2013; Soolgi1 & Sungjae, 2016) foi identificada como estratégia fundamental e quando realizada em grupo tem a vantagem de se obter *feedback* (Jack & Miller, 2008) e aumentar a confiança no trabalho (Dawber, 2013). Deve ser realizada partilhando situações num ambiente favorável, sem crítica e com tempo e o recurso a um supervisor pode ser uma opção.

INVESTIR NO AUTOCONHECIMENTO: UMA VIA PARA A EMPATIA

Mestre Lurdes Medeiros
Garcia

A reflexão realizada individualmente pode ter a seguinte orientação:

- Identifica as emoções que está sentindo e porquê?
- Percebe as ligações entre os seus sentimentos e o que pensa, faz e diz?
- Reconhece como os seus sentimentos afetam o seu desempenho?
- Tem consciência dos seus valores e objetivos?
- Sabe o que deseja que os outros saibam sobre si?
- Sabe o que quer e precisa?
- Traça limites apropriados com os outros?

Gessler & Ferron (2012)

Outras estratégias a utilizar:

A clarificação de valores é uma estratégia a ser utilizada ao longo da vida (Townsend, 2011).

Aprender a dizer “Não” atendendo às suas necessidades/capacidades.

É importante o enfermeiro estar atento a tornar-se vulnerável o que pode fazer com que deixe de sentir apelo a estar na relação. O cuidado de si é uma prioridade no contexto pessoal e no

contexto profissional e por isso o enfermeiro deve investir no seu bem-estar.

Eu estou disposto a investir?

Referências bibliográficas:

Arnold, E., Boggs, K. & Underman. (2016). *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses* Elsevier ISBN: 978-0-323-24281-3.

Carper, B. A., (1978) *Fundamental patterns of knowing in nursing*. Aspen Publishers. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>.

Carvajal, A., Haraldsdottir, E., Kroll, T., McCormack, B., Errasti-Ibarrondo, B. and Larkin, P. (2019). Barriers and facilitators perceived by registered nurses to providing person-centred care at the end of life. *A scoping review. International Practice Development Journal* 9 (2) [8] [fons.org/library/journal-ipdj-home](https://doi.org/10.1097/ipdj-2019-02-00000).

Dawber, C. (2013). Reflective practice groups for nurses: a consultation liaison psychiatry nursing initiative: part 1-The model. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(2), doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00839.x.

Denworth, L. (2017). New insights into the underpinnings of empathy might help us harness the emotion—just when we need it the most. *Scientific American.com*.

Eckroth-Bucher, M. (2010). Self-awareness: a review and analysis of a basic nursing concept. *Adv Nurs Sci.*;33(4):297-309.

INVESTIR NO AUTOCONHECIMENTO: UMA VIA PARA A EMPATIA

Mestre Lurdes Medeiros
Garcia

Gessler, R., & Ferron, L. (2012). Making the workplace healthier, one self-aware nurse at a time. *American Nurse Today*. 41-43.

Halldorsdottir, S. (2012) Nursing as Compassionate Competence: A Theory on Professional Nursing Care Based on the Patient's Perspective. *International Journal for Human Caring* Vol. 16, No. 2.

Horton-Deutsch, S., & Sherwood, G. (2008). Reflection: an educational strategy to develop emotionally-competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 16(8).

Jack, K., & Miller, E. (2008). Exploring self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice*, 12(3).

Mikkonen K., Kyngas H., & Kaariainen M. (2015) Nursing students' experiences of the empathy of their teachers: a qualitative study. *Advances in Health Science Education: Theory and Practice* 20: 669-682.

Muñoz, Y. M. A. (2019) Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de Enfermería. *RevCuid.*;10(2): e688. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.688>.

Rasheed, S. P. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship *International Journal of Caring Sciences* January-April Volume 8 Issue 1.

Saviato, R. M. & Leão, E. R. (2015). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia *Esc Anna Nery* 2016;20(1):198-202.

Soolgi, H. & Sungjae, K. (2016). An Integrative Literature Review on Self-awareness Education/Training Programs in the Nursing Area. *Perspectives in Nursing Science* Vol. 13 No. 2, 59-69. ISSN 2288-2898
<http://dx.doi.org/10.16952/pns.2016.13.2.59>.

Stephany K., (2014). Cultivating empathy: inspiring health professionals to communicate more effectively. *harjah:Bentham Science Publishers*; 194 p.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Villalobos, M. M. D., (2005) La ciencia, la ética y el arte de enfermeira a partir del conocimiento personal *REVISTA AQUICHAN - Ano 5 - VOL. 5 Nº 1 (5) - 86-95 - CHIA, COLOMBIA*. ISSN 1657-5997.

EMPATIA E VULNERABILIDADE COMO FOCOS DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prof. Doutor Luís de Sá¹

¹Professor Auxiliar, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

Introdução

O cuidado de enfermagem, foca-se nas necessidades de saúde, dos indivíduos, famílias e comunidades, em ambientes complexos em constante dinamismo. A meta do enfermeiro é fomentar a adaptação nos diferentes processos de vida e promover, manter ou restaurar a saúde nos indivíduos, (famílias, grupos e comunidades) ao longo de todo o ciclo vital, contribuindo para o alívio do sofrimento e para uma morte serena. Os cuidados são um direito fundamental inerente à dignidade humana e sustentam-se nos valores de compaixão, da competência, da justiça e da responsabilidade.

A Empatia pode ser definida como a consciência objetiva e perspicaz de um indivíduo dos sentimentos e comportamento de outra pessoa. Difere da simpatia, que geralmente não é objetiva e nem crítica. Empatia inclui cuidar, que é a demonstração de consciência e preocupação com o bem-estar dos outros. Vulnerabilidade refere-se a pessoas ou grupos de pessoas cujo leque de opções é severamente limitado, que são frequentemente sujeitas a coerção nas suas tomadas de decisão ou que podem



estar comprometidas na sua capacidade de dar consentimento informado.

A vulnerabilidade associa-se a um aumento da suscetibilidade ao dano enquanto resultado de um juízo pessoal ou social acerca do autocontrolo que o próprio ou o grupo exerce sobre a sua vida ou sobre a experiência vivida. São vulneráveis todos aqueles que não são suficientemente autónomos e independentes.

Metodologia

Com o objetivo de se conhecerem os contextos, as metodologias e os principais resultados da investigação em enfermagem, tendo como foco os conceitos de empatia e vulnerabilidade (populações vulneráveis), delineou-se uma revisão da literatura de tipo *rapid review*, na base de dados *Scopus*. Este tipo de revisão, consiste numa forma de sintetizar o conhecimento, em que componentes do processo de revisão sistemática são simplificados ou omitidos para produzir informações em tempo útil. Construiu-se uma frase booleana que permitisse identificar artigos primários, em língua inglesa, onde se incluíram as palavras-chave Empatia, Vulnerabilidade

EMPATIA E VULNERABILIDADE COMO FOCOS DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prof. Doutor Luís de Sá

(populações vulneráveis, já que o conceito vulnerabilidade não é um termo MESH) e Enfermagem. A pesquisa foi limitada à produção científica dos últimos cinco anos, em *open access*, em revistas científicas indexadas à área de Enfermagem.

Resultados

Do processo de pesquisa resultou a identificação de 15 artigos. Estes foram triados, pela leitura do resumo e foram eliminados 4 artigos: dois por serem da área do desporto; um porque apenas o resumo estava em língua inglesa, sendo o restante texto em mandarim e um por ser uma revisão sistemática da literatura. Daqueles 11 elegíveis, dois não se encontravam em *open access*, pelo que foram incluídos na análise, nove artigos que foram descarregados e lidos na íntegra. Três artigos são de enfermeiros investigadores de nacionalidade chinesa, três norte americanos, um sul-coreano, um dos Países Baixos e outro de investigadores belgas. O ano em que mais investigação se produziu, nos últimos cinco anos, janela temporal desta pesquisa, foi o ano de 2020, com cinco artigos; dois são de 2021, um de 2019 e outro de 2016.

Os artigos são provenientes de revistas relacionadas com a divulgação de

conhecimento na área do envelhecimento, educação em enfermagem e saúde mental: dois da *Aging and Mental Health*, um da *Nurse Education Today*, um da *Issues in Mental Health Nursing*, um da *Clinical Gerontologist*, um da *International Journal of Nursing Sciences*, um da *Nurse Education Today*, um da *Clinical Simulation in Nursing* e outro do *Journal of Korean Academy Community in Health Nursing*.

Relativamente aos contextos identificados onde se procura o desenvolvimento da empatia, o mais comum é seguramente o contexto em que existem pessoas com grande vulnerabilidade: organizações que prestam cuidados a pessoas com demência ou Transtorno Neuro Cognitivo (TNC), crianças e pessoas pertencentes a minorias que recebem cuidados em hospitais dos USA. O treino da empatia, da compreensão das diferenças étnicas e do aumento da sensibilidade cultural em familiares cuidadores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e estudantes de enfermagem, que cuidam de pessoas com TNC, de crianças e minorias étnicas são o principal objetivo dos estudos encontrados.

Quanto aos métodos de investigação identificados, existe uma grande variabilidade: estudos randomizados, de desenhos puramente quantitativos, estudos de desenho pré e pós teste, quase experimentais, inquéritos transversais, entre outros.

O que mais surpreendeu nos resultados desta pesquisa foram as metodologias usadas para treino da empatia, quer em cuidadores familiares

EMPATIA E VULNERABILIDADE COMO FOCOS DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prof. Doutor Luís de Sá

quer em enfermeiros e estudantes de enfermagem.

Na maioria dos estudos foram utilizadas metodologias baseadas em programas de simulação. A utilização de realidade virtual mostrou-se muito útil para o treino da empatia em cuidadores familiares, enfermeiros e estudantes de enfermagem.

A visualização de filmes que retratam a experiência das famílias de pessoas com TNC (o filme Alice, por exemplo) e a frequência de sessões de psicoeducação foi também um recurso muito utilizado. A utilização de vinhetas com a descrição da história de vida das pessoas com demência em hospitais de longo prazo foi também uma metodologia eficaz no treino desta competência. Verificou-se ainda, num outro estudo, que o treino da espiritualidade, serviu de mediador para o desenvolvimento da empatia em cuidados de longa duração.

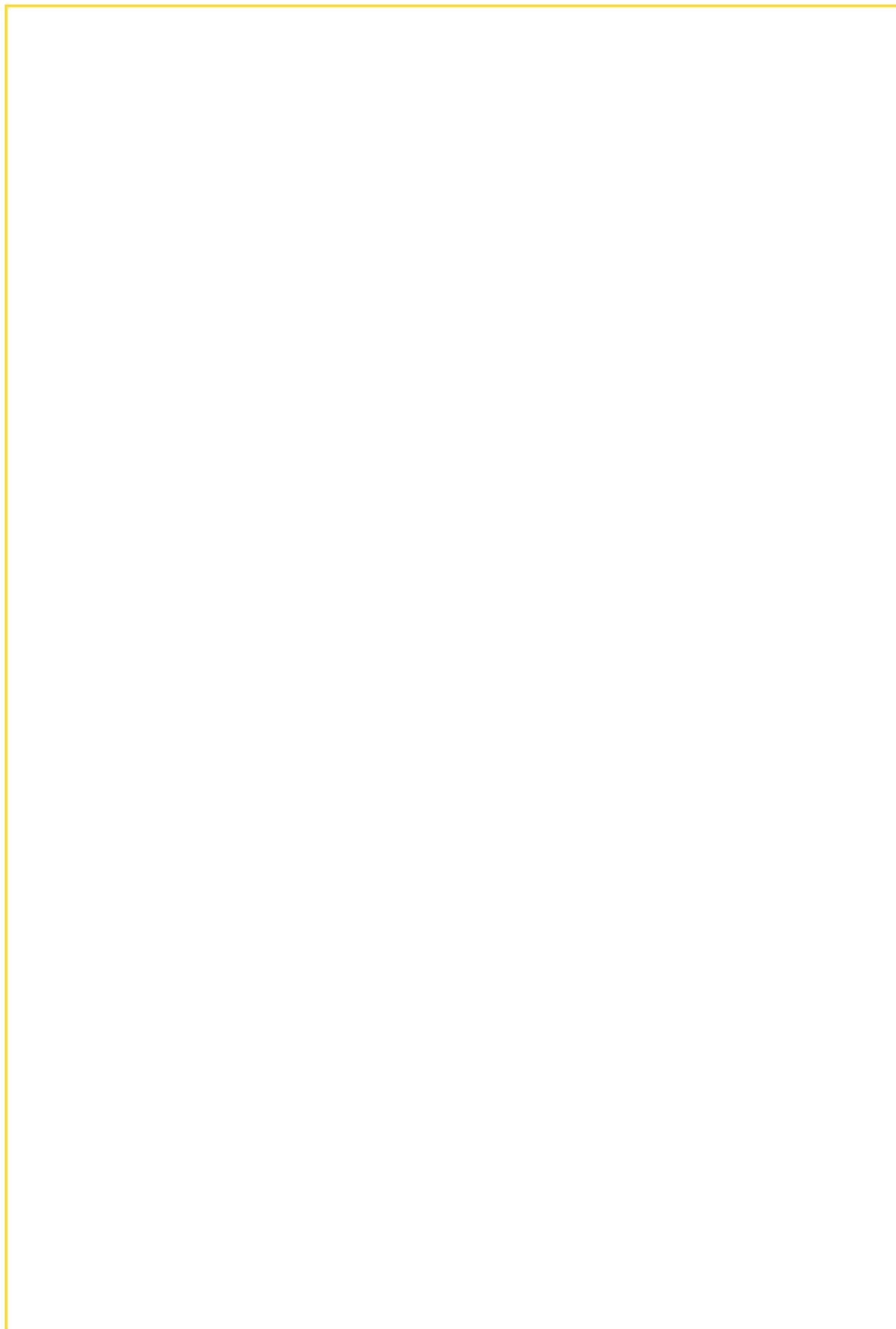
Sublinhamos também a importância do treino da empatia com recurso ao *Tour Virtual de Demência (VDT)* sobre o desenvolvimento da empatia e da compreensão dos estudantes de enfermagem e cuidadores familiares para com as pessoas com TNC. Esta metodologia consiste no uso de dispositivos (luvas, auriculares e óculos) que limitam e alteram a capacidade percetiva dos

formandos, que são desafiados a completarem tarefas simples como preparar a refeição, ou o vestir-se ou fazer compras.

Conclusões

A empatia, no sentido do seu desenvolvimento enquanto competência central do cuidado a pessoas pertencentes a populações vulneráveis (Enfermeiros que cuidam de pessoas com TNC, estudantes de enfermagem e familiares de pessoas com TNC), tem sido estudada pela comunidade científica de enfermagem. O uso das novas tecnologias, como a realidade virtual, foi identificada como uma das metodologias mais eficientes no treino desta competência, sem deixar de lado a importância de técnicas já muito utilizadas, como a visualização de filmes representativos da realidade das circunstâncias em que a vulnerabilidade acontece e a psicoeducação.

A simulação de situações que limitam, tal como acontece nas pessoas com TNC, a perceção e controlo dos formandos sobre a realidade, sejam familiares, profissionais ou estudantes, melhora em muito a compreensão empática para com a vulnerabilidade destas pessoas.



A VIDA COMO PRÍNCIPIO ANTROPOLÓGICO NECESSÁRIO

Prof. Doutor Américo Pereira



Não é por causa de um divino capricho que surge isso a que se chama o «quinto mandamento de Deus, posto no Livro do Êxodo (20,13; na versão grega dos LXX, 20,15): «não matarás».

Se a justificação, no contexto próprio da Bíblia, é religiosa e, depois, teológica, a justificação fundamental é perfeitamente laica, necessária e universal, o que tecnicamente se designa como «transcendental», transcendental, não transcendente, à humanidade: este interdito antropológico significa a possibilidade de continuidade da humanidade às mãos da própria humanidade.

A condição da inviolabilidade da vida humana é, assim, a condição antropológica transcendental de possibilidade da existência da humanidade e, nela e com ela, de cada um e de todos os seres humanos individuais como ato propriamente humano.

É como se o chamado «autor sagrado», como voz da possibilidade humana da humanidade, dissesse algo como: já bastam à humanidade os perigos de vida, de sobrevivência, que a natureza não-humana põe como decorrência necessária do movimento que constitui o mundo em seu ato universal; não é necessário que a própria humanidade

acrescente mais perigosidade à perigosidade natural.

Doenças de origem não-humana, acidentes de origem não-humana, catástrofes várias de origem não-humana, põem, em cada momento, a vida humana em causa. Por que razão há-de a própria humanidade, através de variegados meios, pôr também a vida humana em causa? Por que razão, ou razões, se põe a vida humana em causa?

O mandamento/interdito antropológico «não matarás!» faz tábua rasa de todas estas questões, impertinentes do ponto de vista do absoluto de possibilidade de existência em que se situa: a vida é um absoluto - ou há vida ou não há vida. A dicotomia é hétero-exclusiva: se há vida, não há morte de isso que é vivo (note-se que se não se diz «está vivo», como se a vida fosse algo de acrescentado ao ser); se há morte, não há vida alguma de isso que já não está vivo.

Por outro lado, para que se perceba o sentido poderosíssimo da vida como absoluto, note-se que, para que haja morte tem de ter havido algo vivo que pudesse, precisamente por estar vivo,

A VIDA COMO PRÍNCIPIO ANTROPOLÓGICO NECESSÁRIO

Prof. Doutor Américo
Pereira

morrer; todavia, para que haja, em absoluto, vida, não tem de haver morte pré-existente.

Para o sentido religioso da tradição a que se foi buscar o interdito que ora se pensa, é evidente que à vida mundana precede o absoluto de vida divina, a que nada, por sua vez, precede. Em termos da contemporânea teoria científica acerca do possível surgimento de vida intra cósmica, o que precede a vida não é algo que possa ser dito como morto, dado que não havia vida preexistente, apenas algo que tem de ser epistemologicamente dito como físico, químico, material, sem mais.

A vida, cientificamente, não vem de algo morto, mas de algo cuja relação com a vida só pode ser posta quando a vida efetivamente surge; então, pode dizer-se que os anteriormente apenas físicos e químicos carbono, oxigénio, azoto e hidrogénio, são, agora, que há vida, componentes da mesma.

Ainda assim, não há propriamente carbono vivo e carbono morto, mas apenas átomos e moléculas de carbono que estão onde estão, uns e umas na mina de grafite do lápis, outros e outras no diamante que uma senhora, bem viva, exhibe com vivíssimo orgulho na festa, sustentada pelos átomos e moléculas de carbono que física, química, celular, histológica,

orgânica e corporalmente a põem em ser como ser humano vivo.

Não há carbono vivo, mas há senhora viva feita também de carbono, com diamantes de carbono, que não estão vivos, mas que também não estão mortos, porque nunca estiveram vivos como tais.

Há, assim, perdoe-se a ironia, uma diferençazinha entre estar vivo e estar morto, que não é o mesmo que estar não-vivo, ao modo do carbono dos diamantes citados.

Neste sentido, apenas às realidades propriamente biológicas, literalmente, se deve aplicar o binómio, dicotómico, absoluto, (vida/morte).

Compreende-se, assim, facilmente, o absoluto ontológico - segundo o ato e o ser - que distingue a vida da morte. Vida e morte não são contrários, que possam coexistir como extremos lógicos compossíveis de um mesmo ato, mas são propriamente impossíveis, irreconciliáveis, contraditórios: se um é, em absoluto, o outro, em absoluto, não é, considerados ambos para o mesmo ato.

O sentido da grandeza ontológica insubstituível da vida que o interdito aqui em causa defende perceber-se-á, talvez, melhor, pela negativa. Imagine-se que, nos dias de hoje, não um deus, mas um tiranóide qualquer, promulgava eficazmente o mandamento «matem-se uns aos outros». Dos cerca de oito mil milhões de seres humanos que existem hodiernamente, formavam-se quatro mil milhões de pares em que cada um dos seus membros, ao mesmo tempo, no mesmo ato, matava o outro. Como é fácil de ver, talvez com exceção do tiranóide, a humanidade, em tal multimodo ato, desapareceria, seria aniquilada.

A VIDA COMO PRÍNCIPIO ANTROPOLÓGICO NECESSÁRIO

Prof. Doutor Américo
Pereira

No limite lógico de possibilidade de ação auto-destruidora da humanidade, o interdito de matança humana efetuada por seres humanos serve para impedir que os seres humanos se aniquilem como espécie. É esta a sua função laica, puramente antropoecológica, se se quiser. Como é evidente, este interdito de destruição da vida assume um escopo ecológico universal como interdito de destruição ecológica, isto é, de destruição, por exemplo, de morte com finalidades de alimentação, que extravase o necessário para a manutenção do equilíbrio ecológico de que o ser humano faça parte, de que o ser humano faz parte.

Em termos antropológicos, tudo é posto em causa quando se ignora o interdito de não matar outro ser humano. Assim que tal ato é posto, inicia-se o processo, lento ou rápido, que pode levar à autoaniquilação da humanidade. Não se trata, já, de uma alteração qualitativa, pois esta foi operada pela violação do interdito, mas de uma alteração quantitativa: se matar um ser humano, quando há a ilusão de haver muitos, parece não ter muita importância (importância de esse que seja, sempre, o outro, como é evidente), já a iteração do ato, dependendo do cardinal de n , é sempre ato em construção da destruição da humanidade.

A morte, pela impossibilidade de retorno, pelo menos mundano, à vida do que foi morto, é, assim, um ato que absolutamente impede a possível continuidade da vida. A sua ocorrência natural transcende a humana capacidade e, assim, também a sua responsabilidade. A morte realizada pelo ser humano, ato não-natural, sempre cultural, portanto, resulta da pura imanência humana e responsabiliza sempre esta do ponto de vista antropológico, ético e político, mesmo que o não faça do ponto de vista psicológico, sociológico, religioso, teológico e jurídico.

A este propósito, convém notar que a eutanásia contemporânea se iniciou na Alemanha nazi, de forma legal, com o alto patrocínio de Hitler, legitimamente eleito por uma parte significativa do povo alemão. Foi a partir do processo que construiu a eutanásia nazi que, com os mesmos protagonistas ao mais alto nível, surgiu o processo mais vasto das várias formas de holocausto, que levaram à morte de cerca de doze milhões de seres humanos por outros seres humanos.

Como é evidente, o interdito que aqui nos interessa não recebe a sua grandeza própria quer de qualquer forma jurídica de direito positivo quer de qualquer forma propriamente religiosa, transcendendo a ambas, mas da grandeza da intuição de quem percebeu que ontologicamente qualquer atentado humano à vida humana, se universalizado, implica a impossibilidade da vida humana, logo, da humanidade.

Como com a legislação positiva se pode legalizar qualquer coisa - a eutanásia nazi, como as famigeradas «Leis de Nuremberga», são de tal inofismável prova histórica -, não será da legislação positiva que se pode esperar algo como a grandeza ontológica do interdito de não

A VIDA COMO PRÍNCÍPIO ANTROPOLÓGICO NECESSÁRIO

Prof. Doutor Américo
Pereira

matar, que não depende de assembleias, de consensos, de negociações, de interesses, mas da simples lógica transcendental dos atos que erguem o mundo e que não obedecem a qualquer perversa lógica humana.

Ora, o ambiente cultural em que se vive, aqui, sim, numa triste aldeia global, é de não de vida, mas de morte. A simples ideia de que a lei possa definir o que é para viver e o que é para matar é claro sinal clínico deste ambiente. Pode o insano legislador fazer uma lei que, aniquilada a humanidade por uma sua outra, prévia, lei, faça ressuscitar a humanidade?

Como tal é simplesmente absurdo, e não podendo legislar como onnipotente criador da vida, o insano legislador deveria abster-se de legislar sobre a morte, pois quer uma quer a outra estão para lá, infinitamente para lá, do seu poder.

No âmbito do seu poder, no entanto, e como promoção de uma cultura de vida, está a modificação estrutural da legislação no sentido da promoção de uma lógica de vida, que deveria começar por eliminar a estratégia em que se vegeta sanitariamente como paradigma de «cuidados de doença», mudando estrategicamente para uma estratégia sanitária de «cuidados de saúde».

Política e epistemologicamente, vive-se num paradigma de serviço não à vida, mas à morte, ainda que seja pela tentativa da sua negação, prolongando a vida. Todavia, não se cuida da vida pela vida e num horizonte de vida - o que terá como consequências imediatas e mediatas a negação contínua da morte -, mas da vida contra a morte, num horizonte de morte, em que a morte é o fim e a finalidade.

A lógica da doença é uma lógica subsidiária da morte e que tem a morte como fim, sendo a finalidade do cuidado não a vida, mas a morte. Ora, o cuidado da vida e pela vida como vida, não tem a morte em consideração primeira, mas apenas como limite necessário, e, como necessário, inelutável. Todavia, também como inelutável, é inconsequente, inimportante: se se vai sempre morrer, faça-se o que se faça, então, a morte, como necessária, deixa de ser questão, libertando tempo e ato, ação, para a promoção da vida.

Só há a vida; só a vida conta. Evita-se a morte, enquanto evitável, trabalhando pelo bem da vida. Ninguém trabalha ou pode trabalhar pelo bem da morte. A morte não necessita de tal trabalho, a vida sim, sempre, e como parte fundamental do que é. Pode mesmo considerar-se a vida, qualquer, de qualquer ser humano, como o cuidado de si própria, na relação política com os demais seres humanos. É esta a missão de todos os trabalhadores em saúde: não tratar de doenças - expressão estulta - ou mesmo de doentes, mas da saúde das pessoas, que é o mesmo que tratar das pessoas.

Não há distinção possível, em termos antropológicos, entre tratar da saúde de uma pessoa e tratar dessa

A VIDA COMO PRÍNCIPIO ANTROPOLÓGICO NECESSÁRIO

Prof. Doutor Américo Pereira

peessoa. A pessoa é o ato de saúde que é; o ato de saúde que é constitui a pessoa. Enquanto não se perceber isto, não se sai do terrível paradigma sanitário de doença, não se deixa de servir a morte em vez de se servir a vida.

Ninguém sabe verdadeiramente o que é, em si mesma, a vida. Dar dela uma definição formal ou funcional é apenas adjetivá-la. A razão pela qual não se sabe o que é a vida em si mesma e nunca se poderá saber é epistemológica e fácil de entender: para que se possa dispor de uma perspectiva - na realidade, de uma intuição teórica - objetiva e epistemologicamente válida acerca do que é a vida é necessário haver uma distância epistemológica entre isso que intui e isso que é intuído, em linguagem clássica, entre o sujeito e o objeto. Ora, como é evidente, no caso da vida, tal não é possível, pois o ser humano, único que é capaz de fazer ciência, não pode não ser concomitantemente sujeito e objeto na investigação sobre o que é a vida, pois, para o fazer, tem de estar vivo. Não pode ter distância epistemológica.

A vida, e mais não se pode dizer com propriedade epistemológica, é isto que somos enquanto vivos e conscientes de propriamente assim sermos. É o nosso ato próprio. A única alternativa à vida é a não-vida, sob a forma da anulação da vida, isto é, a única alternativa à vida é a morte.

Tudo o mais é vida. Assim sendo, a vida é o único bem que qualquer ser humano é. Note-se que não se disse «possui», pois não há coisa alguma que «possua vida»: ou se é vida ou não se é coisa alguma a este nível.

Esta alternativa em dicotomia contraditória permite, pelo seu caráter limite, perceber, então, a grandeza ontológica da vida, que nada substitui ou pode substituir. Se alguém duvidar, que se mate e, depois, escreva um relatório circunstanciado sobre a substituição da vida que operou com a sua morte. Esperamos, vivos e pacientes.

É precisamente esta grandeza liminar da morte que permite perceber que, pela sua irreduzibilidade, que implica a sua não-reversibilidade (em termos laicos e estritamente mundanos), tal ato tão ponderoso não deve ser manipulado, de qualquer forma.

Toda a morte humana que ocorre de forma não-natural constitui uma interferência com o ser de alguém cuja única riqueza própria foi aniquilada através de um ato humano (não se está a falar de alguém comido pelos lobos, ato natural), ato humano que ninguém tem o antropológico direito de cometer, pois, exatamente, está a interferir definitivamente com o absoluto de possibilidade de alguém poder ser, assim impedindo essa pessoa de poder continuar a ser.

A morte não interessa como isso que aniquila o que foi, pois isso faz constantemente a própria vida ao ser, relegando para um passado irrevogável tudo o que acabou de ser. A morte interessa como isso que impede que se possa ser, como isso que impede aquilo a que habitualmente chamamos «o futuro».

A VIDA COMO PRÍNCÍPIO ANTROPOLÓGICO NECESSÁRIO

Prof. Doutor Américo Pereira

A morte é a impossibilidade de se ser. A morte diz respeito apenas à possibilidade do futuro.

Deste modo, por um lado, a morte pode resolver tudo, ao eliminar tudo como possibilidade; por outro, nada resolve pela mesma razão, pois, ao matar-se alguém, impede-se esse alguém de poder ser para poder resolver qualquer problema, ligeiro ou grave. A morte como meio de resolução de problemas é, assim, um instrumento próprio de preguiçosos. O exemplo mais evidente é a pena de morte: no limite, e como todos podemos ser assassinos, o melhor, para prevenir que nos matemos uns aos outros, é decretar já a pena de morte preventiva, pois assim, mortos, já não assassinamos pessoa alguma. Todavia, também já não há pessoa alguma para assassinar.

Esta anedótica possibilidade mostra o que é a morte como instrumento político vário. Ora, foi como instrumento político que a eutanásia contemporânea surgiu, pelas mãos democraticamente legitimadas de Adolf Hitler, quando, a pedido de uns pais preocupados com a condição nosológica de seu filho escreveram ao Chefe de Estado alemão para que se pudesse encontrar uma solução final - o termo é usado propositadamente, porque é o que a eutanásia é - para a criança.

Hitler, comovido, talvez empático, com tais pais, mandou que se constituísse uma equipa ao mais alto nível para estudar o problema e eventualmente resolvê-lo. Dessa equipa, fazia parte, por exemplo, o seu médico pessoal, Dr. Brandt.

Os desenvolvimentos, todos cientificamente baseados ao mais alto nível da medicina alemã, foram rápidos, levando à eutanásia de milhares de crianças, primeiro, depois, através de um programa dedicado a adultos, o «Programa T4», à eutanásia de milhares de indesejados - doentes -, através de vários processos, incluindo injeções de escopolamina, gaseamento em falsos chuveiros com monóxido de carbono.

O programa acabou por evoluir, por razões humanitárias para com os carrascos, afetados pela matança direta a tiro ou com outros meios mais cruentos, para o que se conhece como procedimento estandardizado, estudado e experimentado em Auschwitz Velho, com a utilização de grandes salas com capacidade até duas mil e quinhentas pessoas de cada vez, mortas através do uso da sublimação de cristais de ácido prússico nesses espaços fechados, as infames «câmaras de gás», disfarçadas de chuveiros.

Antropologicamente, o mais importante a perceber é que, para os nazis, estas pessoas assim assassinadas correspondiam a indesejados porque estavam incapacitados para ser explorados para aproveitamento da sua força de trabalho. Eram, de algum modo, doentes: doentes com patologias reais, mas também velhos, crianças, mulheres frágeis.

Todavia, não se compreende coisa alguma do que significa a eutanásia como esta nasceu, se não se entender que, para

A VIDA COMO PRÍNCIPIO ANTROPOLÓGICO NECESSÁRIO

Prof. Doutor Américo Pereira

os nazis, o facto de se ser antropologicamente diverso do ideal germânico ou ariano era o mesmo que ser doente: ser judeu é uma forma de doença, ser cigano é uma forma de doença, o mesmo se diga dos homossexuais, e de todos os que, não são arianos ou sendo-o, não pensam como a moda antropológica da gente assumidamente ariana.

A eutanásia nazi nasceu também com a justificação de ser um ato de misericórdia, de libertação do ente da vida que o obrigava a ser doente: terminando a vida terminava a doença.

A única diferença substantiva entre a eutanásia nazi e as suas irmãs gémeas que por aí andam contemporaneamente - note-se que nem houve o trabalho de mudar a designação nazi - consiste apenas na invocação da liberdade de quem quer morrer. Todavia, para quem ainda tem essa liberdade, a questão da eutanásia não se põe, antes se põe a questão do suicídio, ato trágico, mas ato íntimo possível de cada ser humano e sobre o qual ninguém, de facto ou de direito, tem ou deve ter poder. Quem quer matar-se, se o pode, mata-se mesmo. Na verdade, ninguém tem coisa alguma a ver com tal ato senão o próprio. Terrível, trágico, mas inelutável, no limite, como se sabe.

Não há, na verdade, «suicídios assistidos»: o que passa por tal, mais não

é do que um assassinato a que se atribui um nome eufemístico. Todavia, na impossibilidade de a pessoa a si mesma se matar, quem a mata, assassina-a. Dir-se-á que tal ato pode ter cobertura jurídica. Certamente, todavia, qualquer ato pode ter cobertura jurídica: a eutanásia nazi teve-a; posso ser detentor de poder sobre um povo e determinar que violar crianças é legal. Basta para tal fazer a lei, formalizá-la de um modo qualquer e usar polícias ou tropas para impor tal.

O direito que não se baseia em princípios lógicos universais - não é em valores, que são sempre produtos culturais - é sempre autorreferencial, pelo que pode fazer o que quiser, invocando-se a si próprio como fonte de legitimação. Quem não concordar pode ser eliminado pela polícia ou pela tropa ao serviço de quem tais leis faz.

Deste modo, qualquer lei que permita matar, seja de que modo for, salvo em objetiva legítima defesa, está a violar o princípio de absoluto respeito pela vida humana como único bem próprio da humanidade e único meio de possibilidade de perenidade mundana da mesma humanidade. Assim também para as correntes leis da eutanásia, herança nazi, independentemente das razões invocadas, algumas das quais coincidentes com as nazis.

O estado da arte, que inclui o estado da ciência, em termos de cuidados de saúde, vai sempre progredindo - é das poucas áreas em que há real progresso, não apenas *marketing* político. Ora, no estado atual de tal arte, através de cuidados possivelmente curativos ou, no limite, de cuidados paliativos, é possível senão anular o que pode ser anulado quanto às causas de sofrimento associadas

A VIDA COMO PRÍNCIPIO ANTROPOLÓGICO NECESSÁRIO

Prof. Doutor Américo
Pereira

aos vários tipos de doenças, pelo menos, mitigar tal a um ponto em que se está próximo de tal anulação.

Todavia, isto não é o mesmo que assassinar um ser humano com pretexto de o libertar do sofrimento. A questão é objetiva e diz respeito à finalidade: a finalidade da eutanásia é matar um ser humano; a finalidade dos cuidados paliativos é não-matar a pessoa, mas libertá-la, em vida, de isso que a pode fazer sofrer, o mais possível, segundo o melhor do estado da arte, que, assim sendo, deve ser posto em prática em tal melhor e sem hesitação.

Poder-se-á dizer que, mesmo nos mais delicados e proficientes cuidados paliativos, há o risco de morte. Pois há, mas tal possível morte é acidental e não objetivamente querida. O mesmo se passa em qualquer ato da nossa vida: quem construiu este edifício não o fez para me matar, mas pode haver um acidente qualquer que faça ruir o edifício e me mate. A lição é evidente.

Em termos de cuidados de saúde, a evolução deveria ser encaminhada no sentido do desenvolvimento e aplicação cada vez mais eficiente de cuidados paliativos, quando já não são viáveis cuidados curativos.

Todavia, se alguém insiste em matar alguém por psicológica piedade, então que tenha a coragem e a dignidade de o fazer sem necessitar da desculpa de uma lei perversa porque nega o absoluto do bem-vinda, arcando, depois, com as necessárias consequências, de que as jurídicas nem sequer são as piores, pois, para todo o seu sempre antropológico próprio, apenas mundano ou também transmundano, será sempre esse que assassinou alguém. Verá que a razão invocada para o ato se revelará inútil perante a consciência da morte que causou.

A grande metamorfose que tem de acontecer, sob pena de tudo colapsar numa atividade cangalheira em saúde, é a passagem de uma cultura de doença e de morte para uma cultura de saúde e de vida.

Experimente-se.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo¹



¹ Doctor en teología pastoral sanitaria, máster en bioética y counselling, director del Centro de Humanización de la Salud de Tres Cantos, Madrid, España.

No solo es el desarrollo tecnológico el que causa deshumanización². Es vieja -Prometeo en la mitología griega- la idea de que intervenir sobre la naturaleza sea demoníaco. Miramos el desarrollo en clave generalmente positiva.

La complejidad del sistema de protección de la salud, la naturaleza del trabajo en el mundo de la enfermedad y la muerte, la participación de tantos agentes (desde los investigadores, los gobernantes, los productores de tecnología, los profesionales de la asistencia sanitaria...), la dimensión económico financiera de los procesos diagnósticos, la hiper-especialización de los profesionales, la carencia de formación en humanidades en las universidades relacionadas con la

salud... son solo algunas de las causas de deshumanización.

Pues bien, hablar de deshumanización se justifica por muchos motivos. Y se hace necesario formar con

humanidad para la humanidad. No es un discurso moralizante ni acusatorio hacia un grupo de profesionales, sino una cuestión fundamentada, sobre todo, en la desigualdad e injusticia en el acceso a la salud y en el mundo que hemos construido en torno a los sistemas sanitarios.

1. Qué es humanizar la salud

Después de treinta años dirigiendo el Centro de Humanización de la Salud y desde mi punto de vista, he ido descubriendo que humanizar la intervención en salud pasa por incidir no solo en el diseño y desarrollo de programas de asistencia sanitaria, sino por incidir también en la salud de las relaciones, en la salud de los valores interiorizados, en la salud en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en la salud de la autopercepción, etc. Así la salud, para mí, pasa a ser algo mucho más precioso que aquello en lo que pensamos si la relacionamos solamente con el hospital

² BERMEJO J.C., Qué es humanizar la asistencia sanitaria, Desclée De Brouwer, Bilbao 2014

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos
Bermejo

En este empeño sostenido por trabajar bajo esta palabra («humanizar»), he ido viendo que en la salud es necesario considerar a la persona en su globalidad, para promover procesos humanizados.

Pero no es posible una intervención holística, global, integral, sin una particular capacitación de los agentes sanitarios en el ámbito de la inteligencia emocional, de la inteligencia del corazón, de las capacidades de entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se quiere acompañar, para identificar y movilizar en ella no solo las enfermedades y los recursos de sanación, sino el mundo de los significados, los recursos, las habilidades y los valores que pueden permitirle trabajarse a sí mismo y ser el mayor protagonista del proceso.³

De igual modo, he ido descubriendo cómo no es posible una intervención holística, integral, sin una especial atención a lo que a cada agente de salud le pasa en el contacto con el

sufrimiento humano. Integrar la propia muerte, las propias muertes, las propias pérdidas, los propios sentimientos, ser consciente de los propios dinamismos y limitaciones, de las propias incoherencias y pobreza es un requisito para el buen acompañamiento, a la vez que es un regalo que nos ofrece la intervención para hacer con nosotros mismos. No hay consideración holística si no me miro a mí mismo como agente humanizador en sentido también integral, capaz de ayudar y a la vez vulnerable y limitado.

En último término, voy descubriendo que la justicia, es decir, promover la dignidad intrínseca de todo ser humano, constituye el fundamento último de toda acción humanizadora. Y esto queda lejos de mis primeras teorías o convicciones sobre lo que pudiera ser humanizar, más centradas en cualificar solamente la relación o dotarla de genuina cordialidad o prestar una especial atención el mundo de los sentimientos.

Es la dignidad y la intrínseca vulnerabilidad humana la base sobre la que se sustenta toda acción que quiera ver en el otro un semejante y acompañarle a ser él mismo, contribuyendo con su personalidad y su particularidad en la construcción de un mundo más igualitario, más justo, más pacífico, más gozoso, sano y saludable.

En mi camino por la «tarea humanizadora» me doy cuenta de que ya no es posible participar en un congreso

³ BERMEJO J.C., MARTÍNEZ M.P., VILLACIEROS M., Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria, Desclée de Brouwer, Bilbao 2021.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos
Bermejo

relacionado con cualquier especialidad del mundo sanitario, donde no se escuche varias veces el reclamo del concepto de salud propuesto por la OMS en 1946. Los conferenciantes desfilamos citándola («estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedad o dolencia»), como habiendo descubierto la gran novedad: la salud no es solo ausencia de enfermedad.

De este modo, unos y otros, haciendo alarde de un gran paso adelante, reconocemos que el vivir humano no es solo biológico y que estar sano no es lo mismo para el hombre que para el animal, con el que podemos compartir mucho de nuestro funcionamiento orgánico. Nos hacemos cargo así de la dimensión subjetiva, autónoma, libre y responsable en relación a la salud. Pero siguen pendiente muchos aspectos de la formación humanizada para cuidar a las personas.

Y es que, conceptualizar la salud de alguna manera, no es algo baladí. De ello depende, en buena medida, cómo entendamos las relaciones con nosotros mismos (con nuestro cuerpo, con nuestra mente...), con los demás y, para el creyente, con Dios.

2. Qué es humanizar la salud

¿Qué es humanizar la salud? Digamos que humanizar la salud no se agota en humanizar la asistencia sanitaria y el mundo de la atención a la enfermedad.

Un peligro está constituido por reducir la humanización al campo de la asistencia sanitaria. También es un peligro pensar solo en el trato dispensado a pacientes y familiares en un servicio concreto.

En otras ocasiones la he definido como el desafío ético de trabajar, en salud, por llevar las cosas de cómo son a cómo deberían ser, entendiendo este “debería” como el sentir ético de la ciudadanía vulnerable y frágil.

Humanizar, por tanto, es hacer referencia al ser humano en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual. Hablar de humanización reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se derivan. Dicho de otro modo, humanizar es una cuestión ética.

La conocida segunda formulación del principio categórico de Kant es evocada como “principio de humanidad”. Dice así: “Obra como si la máxima de tu acción debiera convertirse, por tu voluntad, en ley universal de la naturaleza”.

Por tanto, la humanización consistirá en promover al máximo la responsabilidad en los procesos de integración y de salud, evitando que las

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos
Bermejo

relaciones de ayuda se conviertan en intervenciones paternalistas y sustitutorias allí donde la responsabilidad del individuo pueda participar -en mayor o menor medida- en la lucha por la dignidad no solo como algo debido, sino también como algo conquistado.

La conciencia de que la persona enferma no es siempre tratada con la dignidad que le es inherente, la tenemos siempre que se producen procesos de despersonalización en las relaciones, siempre que las necesidades no son satisfechas a la medida del ser humano, siempre que la tecnología anula o reemplaza la insustituible importancia del encuentro interpersonal, siempre que los criterios economicistas impiden que los valores más genuinamente humanos estén en el centro de los programas y servicios que tienden a prevenir, a curar, a cuidar, a proteger en la dependencia...

Desde los artículos más antiguos sobre el tema, se pueden encontrar

títulos que se centran en la humanización de los hospitales⁴, entre los estudiantes de medicina⁵, o en la atención sanitaria en general⁶ y las conclusiones destacan la importancia de las habilidades de comunicación, la necesidad de formación como relación de ayuda o competencias emocionales⁷ y la implicación de las distintas partes de la relación en la que ambos, profesional y paciente, necesitan ser escuchados⁸ para construir un diálogo que promueva actuaciones humanizantes⁹, por lo que se necesita implicar tanto a los servicios de la institución como a las distintas instituciones¹⁰.

En efecto, en el mundo entero anhelamos sistemas de protección social humanizados, justos, equitativos, que alcancen de igual manera a todos los seres humanos, que sería el primer criterio de humanización.

- Anhelamos profesionales formados con perfiles que cuenten no solo de competencias técnicas, sino también habilidosos en competencias blandas (relacionales, emocionales, espirituales, culturales, de gestión...).
- Anhelamos estructuras pensadas, diseñadas y funcionales para el protagonismo de los pacientes y sus familias, así como de los trabajadores que en ellas pasan tantas horas de la vida.

⁴ KOHLER F., *Once again: humanization of hospitals*, Veska, 1959;23(4): 284-6

⁵ AMYTOT R., *Our students and the humanization of medicine*, Union Med Can. 1952;81(7):765-7.

⁶ GUTTIERES J., NICOURT B., THIEULLET D., *For the humanization of social security. II. The omissions and the difficulties in the application of the social security plan. Some concrete examples*. Conours Med. 1961;83:2343-50

⁷ YEDIDIA M.J., GILLESPIE C.C., KACHUR E., SCHWARTZ M.D., OCKENE J., CHEPAITIS A.E. et al., *Effect of communications training on medical student performance*, JAMA. 2003; 3: 290(9):1157-65.

⁸ BROCK C.D., SALINSKY J.V., *Empathy: an essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice*, Fam Med. 1993;25(4):245-8; 30; NIGHTINGALE S.D., YARNOLD P.R., GREENBERG M.S., *Sympathy, empathy, and physician resource utilization*, J Gen Intern Med. 1991; 6(5):420-3

⁹ CAMPBELL-YEO M., LATIMER M., JOHNSTON C., *The empathetic response in nurses who treat pain: concept analysis*, J Adv Nurs. 2008; 61(6):711-9; TEUTSCH C., *Patient-doctor communication*, Med Clin North Am. 2003; 87(5):1115-45

¹⁰ OLIVEIRA B.R., COLLET N., VIERA C.S., *Humanization in health care*, Rev Lat Am Enfermagem. 2006; 14(2):277-84

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

- Anhelamos relaciones personalizadas en las interacciones diagnósticas, preventivas, rehabilitadoras, curativas o paliativas, donde las personas se sientan eso: personas y no casos, donde la medicina, la enfermería y las profesiones que se dan cita en el mundo de la salud, lo sean de la evidencia científica, o del resultado del conocimiento que genera una buena gestión del dato, pero también y sobre todo, el resultado de la afectividad desplegada en la vulnerabilidad.
- Anhelamos ser atendidos por personas que trabajan interdisciplinariamente y se ayudan, aunque se hieran en el proceso, pero empeñados en hacer bien el bien para trabajar por la salud holística, y no solo por la restauración de una función o el buen funcionamiento de un órgano...

Creemos que la palabra y el compromiso por humanizar está evocando en algunos contextos un sencillo conjunto de iniciativas buenas que adornan o -en ocasiones- maquillan el sistema sanitario, con actividades complementarias... Una especie de salpición de añadidos a las

actividades profesionales habituales, para generar un poco de animación sociocultural o mejorar aspectos como las visitas o el internamiento hospitalario. Todas estas iniciativas considero que describen algún aspecto de la naturaleza humana y contribuyen al bien. Pero humanizar es algo más, es el genuino compromiso ético con la vulnerabilidad para construir salud, aliviar sufrimiento y acompañar procesos de final de vida y duelo.

El mundo de la salud y de la enfermedad puede correr el peligro de colocarnos con una mirada centrada en “arreglar la máquina estropeada por la enfermedad” en la “fábrica de la salud” como diría el sociólogo de la salud Achille Ardigò, desplegando el dinamismo de la empresa que controla la investigación y la producción.

Sabemos bien que la persona, con ocasión de la enfermedad, y antes de ella, sufre, se hace también preguntas, busca el sentido, anhela encuentros sanantes, además de interacciones clínicas; anhela hospitalidad compasiva. Sabemos que la persona busca sentido incluso en medio del sufrimiento...

Quizás tenga razón Albert Schweitzer, médico, filósofo, teólogo y músico franco-alemán, al afirmar que “un buen médico debe escuchar como un sacerdote, razonar como un científico, actuar como un héroe y hablar... como una persona normal”. Nosotros lo hacemos extensible a todos los profesionales de la salud que quieran acompañar en la vulnerabilidad humana donde la mejor respuesta en la asistencia sanitaria no será solo técnica o fruto de la racionalidad tecnocientífica, sino también serán respuestas de cuidado: la asistencia, el

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

alivio, la hospitalidad, la paliación de los síntomas, el acompañamiento.

Hipócrates decía que el fundamento del amor al arte médico se encuentra en el amor al enfermo. Laín Entralgo llama “amor pretécnico” a este motivo que incita a la práctica médica. Cuando la técnica se pone al servicio del hombre, acontece lo que Laín ha denominado “amor técnico”, dando paso a lo que luego llamó “amistad médica” como paradigma de relación¹¹.

San Camilo, patrono de enfermos, enfermeros y hospitales en contexto católico, gran humanizador de la asistencia sanitaria en el siglo XVI, exhortaba a “poner más corazón en las manos”. Esta sabiduría genuinamente humana, la sabiduría del corazón, tan importante, además de la inteligencia intelectual y la pericia en la técnica, es un potente motor de humanización.

3. Formación en humanización

Una provocadora afirmación del psicólogo y médico de Harvard, Omar Sultan Haque, refiere que hay una deshumanización útil, una deshumanización funcional que sirve

como una droga potente, saludable, que sirve para áreas quirúrgicas o procedimientos de alta complejidad que reclaman toda la atención en la dimensión biológica y que es reforzada por la muy aprendida “ceremonia de la bata blanca”. Pero este dinamismo útil, genera un peligroso dinamismo con efectos secundarios desastrosos cuando se convierte en paradigma relacional de los profesionales de la salud¹².

Formados en habilidades técnicas

La formación centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de los contenidos filosóficos y antropológicos humanistas, casi inexistentes en los programas de pre y posgrado, unido a la enseñanza de una ética limitada a códigos administrativos y procedimentales o a la presentación de leyes o códigos deontológicos, genera como resultado profesionales con un nivel de saber científico elevado, con gran pericia técnica, pero con una paupérrima formación humana y la consecuente incapacidad para interactuar con competencias relacionales, emocionales, éticas y espirituales con los pacientes y sus familias. Estamos lejos de una perspectiva holística e integradora.

Además, a pesar de los progresos realizados con el cierto “boom” al que hemos asistido en organización de acciones formativas sobre bioética, aún son muy escasos los espacios de análisis y reflexión sobre la bioética médica e

¹¹ LAÍN ENTRALGO P., *La relación médico enfermo*, Alianza, Madrid 1983.

¹² Cfr. <http://ecodiario.eleconomista.es/publicidad/acier-to-agosto/salud/noticias/3833541/03/12/La->

deshumanizacion-de-la-medicina-moderna.html, consultado en agosto de 2013.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos
Bermejo

incluso inexistentes los relacionados con una ética de la equidad y de la buena gestión de los recursos. Más fácilmente se ha focalizado el debate suscitado por las nuevas tecnologías, dejando de lado los viejos temas éticos de la praxis médica sanitaria y la ética de la cotidianeidad, de alta intensidad y de menor complejidad en el razonamiento filosófico que otros temas que dan más espacio a titulares de medios de comunicación.

La gestión del talento en las Organizaciones de salud es un gran desafío para la humanización. La definición de talento actual no es jerárquica ni excluyente, sino que representa una combinación de competencia, compromiso y contribución, con un enfoque más colectivo, compartido y distribuido, en donde el potencial y la responsabilidad del individuo requiere un modelo de liderazgo éticamente persuasivo, ejemplarizante, con capacidad de transformación y de gestionar los procesos de cambio.

Hoy, la gestión del talento en las organizaciones sanitarias sigue siendo en general retórica, también en nuestro

Sistema Nacional de Salud, en razón a que el compromiso, la motivación y la capacitación habilitante para el liderazgo, no forman parte del desarrollo personal ni de las credenciales profesionales que ponen en valor el emprendimiento, la creatividad y la gestión del conocimiento¹³.

La ausencia de competencias blandas es causa de deshumanización por el perfil de profesional que adquiere la persona que no las desarrolla. Las competencias blandas son aquellos atributos o características de una persona que le permiten interactuar con otras personas de manera efectiva. No son solo un ingrediente en particular, sino que son el resultado de una combinación de habilidades sociales, de comunicación, de forma de ser, de acercamiento a los demás y otros factores que hacen a una persona dada a relacionarse y comunicarse de manera efectiva con otros. Son especialmente necesarias para las profesiones de ayuda en la vulnerabilidad.

Las competencias blandas (como elemento a relacionar con las “duras”, es decir, las científico-técnicas), tienen relación con lo que se conoce como inteligencia emocional, inteligencia moral, inteligencia espiritual, inteligencia cultural... La relación y comunicación efectiva se ve afectada principalmente por la capacidad de conocer y manejar las emociones, los valores, tanto en nosotros mismos como en los demás. También se puede utilizar el término de “competencias interpersonales” para agrupar a estas habilidades en una persona.

¹³ OTEO L.A., “La medicina moderna: complejidad y talento médico”, en: <http://www.medicosypacientes.com/opinion/dr-luis->

angel-oteo-la-medicina-moderna-complejidad-y-talento-medico, 28 de febrero 2021.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

Sin duda no es banal el hecho de la formación recibida por parte de los agentes de salud y socio-sanitarios en el proceso de deshumanización. Formados especialmente para la competencia técnica y la eficiencia se encuentran, con frecuencia, sin recursos para manejar las dificultades relacionales (con los pacientes, con los familiares, en el trabajo en equipo) y personales (los propios conflictos internos en el encuentro con la vulnerabilidad y con la complejidad de los conflictos éticos). Son todavía muchos los programas formativos de profesiones sanitarias y socio-sanitarias que descuidan la dimensión más humana de la profesión.

Trabajar en equipo requiere no solo competencia técnica y buena disposición, sino formación específica para ello, particularmente para manejar los conflictos y para escucharse. Allí donde no se produce la escucha es difícil que alguien no padezca los efectos catastróficos que su ausencia produce. Y no se puede hablar entonces de competencia profesional.

¹⁴ BERMEJO J.C., *Humanizar la asistencia sanitaria*, Desclee de Brouwer, Bilbao 2014

¹⁵ ATTEWELLI P., *What Is Skill? Work and Occupations* 1990;17(4): 422-48

Competencia profesional para la humanización

A finales del siglo XX se ha puesto de relieve la importancia de la dimensión relacional en las interacciones profesionales en el campo de la salud. La psicología humanista y la bioética han dado pie a redefinir el perfil profesional de la salud, en pro de la humanización¹⁴.

Algunas consideraciones previas otorgaban una mayor importancia a la dimensión científico-técnica que a otras competencias llamadas blandas y basadas en lo interpersonal. En la actualidad, desde el ámbito de los recursos humanos y de la gestión de la calidad, se propone superar esta separación entre los conocimientos y las habilidades relacionales¹⁵. Así, en un estudio Delphi realizado en el Centro de Humanización de la Salud, hemos llegado a un concepto de competencia profesional en el que, además de las competencias científico-técnicas, se incluye la dimensión “blanda” de la persona.

El concepto de habilidades blandas se utiliza para describir un grupo de habilidades no técnicas en las que se basa nuestro comportamiento o actitud en el trabajo. Existe un alto grado de acuerdo en cuanto a su importancia, pero cuando se trata de concretarlas el concepto se enturbia¹⁶. Según el ámbito se nombran la flexibilidad, la iniciativa, la empatía y la capacidad de planificación y liderazgo o la capacidad de comunicación y la de

¹⁶ MATTESON M L, ANDERSON L, & BOYDEN C. *Soft Skills: A Phrase in Search of Meaning*. Libraries and the Academy: 2016;16(1): 71-88. doi:10.1353/pla.2016.0009

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos
Bermejo

colaboración en equipo (Hall-Ellis, 2008), capacidad de análisis, creatividad, originalidad, ingenuidad...¹⁷

En el ámbito de la humanización de la salud y de la intervención social, nuestra propuesta definiría la competencia profesional como la capacidad del profesional de desenvolverse con habilidad, experiencia y confort, logrando resultados óptimos en cualquier aspecto propio del ser humano, en vistas a conseguir los fines de la propia profesión. Es decir, barajando un concepto profesional a la medida del ser humano, no reduciéndolo a lo técnico. En la antigüedad clásica, en el campo de la salud, se concebía el uso de la palabra y se integraba la dimensión ética como fundamental en la profesión de salud, como podemos ver estudiando la historia de la medicina.

La conceptualización de las competencias profesionales para lograr la excelencia en el ámbito de la humanización de la salud constituye una cuestión fundamental al hablar de la humanización. Humanizar es promover la competencia profesional. Ahora bien, esta no se agota en la competencia

científico-técnica, semejante a la que pediríamos a un veterinario o profesional del sector.

En un proceso iterativo, con un panel de quince expertos, bajo el acompañamiento de un grupo coordinador, hemos podido llegar a la definición de siete competencias cada una de ellas incluyendo 7 indicadores. A continuación, se detallan los contenidos validados.

Competencia científico técnica

Se tiene cuando se poseen los conocimientos y experiencia necesarios para alcanzar la excelencia profesional. Se trata de conocer y haber hecho prácticas para poseer un posicionamiento cualificado adecuado a lo que se requiere para promover oportuna y eficazmente la salud. Ello requiere mantenerse actualizado en evidencia científica y estar en disposición y en acto de aprendizaje continuo. También requiere la adquisición de la pericia necesaria para responder creativamente a las necesidades cambiantes de manera individualizada. Asimismo, el profesional conoce y sabe llevar a la práctica la razón de ser de la Organización a la que laboralmente está vinculado y tiene disposición afectiva y efectiva para hacer circular la información adecuada en los aspectos relacionados con su trabajo.

Competencia relacional

La posee quien maneja con soltura habilidades relacionales para

¹⁷ HUFF-EIBL R, VOYLES J, BREWER M. *Competency-Based Hiring, Job Description, and Performance Goals, The Value of an Integrated System*. Journal of Library

Administration, 2011;51(7-8):673-691.
doi:10.1080/01930826.2011.601270

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos
Bermejo

acompañar a la persona en su proceso; capacidad de escucha, respuesta y empatía. El profesional sabe centrarse en la persona en clave comprensiva promoviendo su responsabilidad en el abordaje que las dificultades. Ante posibles contradicciones el profesional sabe confrontar o evidenciar las incoherencias o desconocimientos, en vistas a iluminar la verdad que contribuye a la salud. Saber inducir respetuosa y oportunamente propuestas de acción que aseguran el logro de las más altas cotas de salud y/o disminución del sufrimiento.

Competencia emocional

La tienen aquellas personas que gestionan adecuadamente el mundo de los sentimientos propios y ajenos siendo dueños de su conducta. Este profesional identifica lo que siente y tanto el origen de los que siente como lo que promueve en él. Es decir, es capaz de nombrarlo e identificar el impacto que le genera, distinguiendo lo propio de lo ajeno. Por tanto, es libre de conducir la energía que contiene de manera proactiva y responsable. Es asertivo y capaz de expresar cuando lo considera adecuado para humanizar la relación. Tiene la templanza para, incluso en conflictos

interpersonales con connotación emocional, continuar siendo eficaz en su desempeño profesional.

Competencia ética

Se define por una conducta alineada con los valores que rigen la relación clínica y que ennoblecen al ser humano, así como por el manejo habilidoso de los conflictos que se presentan entre unos y otros valores. El profesional competente a nivel ético honra los valores con su conducta, es decir, identifica los conflictos y los valores que están en juego, detecta la complejidad de la situación, conoce y maneja los procedimientos adecuados para deliberar y tomar decisiones prudentes, tanto individual como grupalmente. Tiene en cuenta y formula consultas a comités de ética o asesores, argumentando racionalmente los cursos de acción tomados.

Competencia espiritual

Se define por el manejo del mundo simbólico, trascendente y de creencias en lo relativo a su influjo en los procesos de sufrimiento y/o sanación. Identifica y nombra las necesidades espirituales, sin prejuicios ante vivencias ajenas. Reconoce, si se da, el desarrollo de una dimensión trascendente en el sufrimiento, en la naturaleza, en el arte y en las relaciones. Conoce las preguntas que el ser humano se hace por el sentido del sufrimiento aportando respuestas que ayudan. Es consciente de la complejidad de la experiencia del límite, aceptando lo desconocido y utilizando recursos procedentes de la religión, del mundo de los símbolos o de lo ritual tanto en cuanto el usuario lo aproveche.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

Competencia cultural

Incluye conocimientos y comprensión de la diversidad resultante de las distintas historias y geografías, o biografías diferentes. Conoce, comprende y acepta estilos de vida diferentes al propio, los identifica y aprecia su dimensión positiva. Comprende los significados del otro y los recursos que le aportan. Adapta la intervención a la realidad cultural, distinguiendo lo diferente de lo dañino. Integra modos diferentes de comprender la realidad.

Competencia de gestión

Se define por la capacidad de liderazgo, gestión y toma de decisiones adecuadas a la responsabilidad vinculada con su propio rol. Se configura en referente en la búsqueda y consecución de los objetivos de su tarea, acompañando personas y relacionándose adecuadamente con el equipo. Busca la calidad y define lo que la indica ajustándose al programa, servicio y Organización.

La suma de estas subcompetencias, en opinión de un

grupo de quince expertos y el grupo coordinador, resulta en la competencia profesional humanizadora. Por el contrario, la carencia o escasa presencia de alguna de ellas limita al profesional particularmente en situaciones que revisten algún tipo de complejidad, lo que se traduce en deshumanización de la salud.

Presentado de manera enunciativa, la competencia profesional humanizadora sería la suma de las siguientes competencias¹⁸.

- 1) Competencia Científico-técnica: Conocimientos y experiencia necesarios para alcanzar la excelencia profesional
- 2) Competencia Relacional: Habilidades relacionales para acompañar al ayudado en su proceso
- 3) Competencia Emocional: Manejo adecuado de los sentimientos propios y ajenos
- 4) Competencia Ética: Conducta ética y capacidad de manejo de los conflictos
- 5) Competencia Espiritual: Manejo del mundo simbólico, transpersonal y espiritual propio y ajeno
- 6) Competencia Cultural: Conocimiento y comprensión de la diversidad cultural
- 7) Competencia de Gestión: Habilidades de liderazgo, gestión y toma de decisiones

4. La gestión de lo intangible

Dice Maurice Blondel, que el corazón del ser humano se mide por su capacidad para acoger el sufrimiento. Hoy, no falta quien se pregunta si es culturalmente posible la compasión, si

¹⁸ Las subcompetencias de cada competencia, se pueden encontrar en: BERMEJO J.C., MARTÍNEZ P., VILLACIEROS

M., Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria, Desclée de Brouwer, Bilbao 2021.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos
Bermejo

somos capaces de interpretar el modo como nos comportamos con los demás con el lenguaje de la compasión, motor de la humanización.

Humanizar el trato: empatía

Una de las connotaciones más espontáneas al hablar de humanización en salud es, precisamente, la de ser bien tratado en los contextos de prestación de servicios. Ser tratado con respeto y amabilidad. La amabilidad expresa un estado de ánimo que no es áspero, rudo, duro, sino afable, suave, que sostiene y conforta.

La persona amable ayuda a los demás a que su vida les sea más soportable, sobre todo cuando cargan con el peso de sus problemas y angustias. El cultivo de la amabilidad no es un detalle menor ni una actitud superficial o burguesa. Especialmente si hablamos de la amabilidad en las profesiones sanitarias.

La amabilidad supone valoración y respeto. Cuando se hace cultura en una sociedad, transfigura profundamente el estilo de vida, las relaciones sociales, el modo de debatir

y confrontar ideas. Facilita la búsqueda de consensos y abre caminos donde la exasperación destruye todos los puentes¹⁹.

Pero, sin duda, una de las actitudes más necesarias para la competencia relacional es la empatía. Sobre ella hemos escrito en otros lugares²⁰. Sobre ella, será necesario una profundización en entornos donde se quiere hacer verdadero camino humanizador en el mundo de la salud. La propuesta de poner el apellido “terapéutica” para salvar el uso polisémico que está teniendo y referirnos con precisión a la actitud que ha de cualificar las relaciones de ayuda profesionales, parece oportuna.

La empatía terapéutica es la actitud en virtud de la cual, quien desea ayudar a otros, hace el esfuerzo -a nivel cognitivo, afectivo y conductual- por ponerse en su lugar para alcanzar el más alto nivel de comprensión posible de la experiencia ajena. Lejos de querer sentir lo que el otro siente, la actitud empática nos permite regular el grado de implicación emocional con el sufrimiento ajeno, siendo así una forma de compasión que satisface (satisfacción por compasión), que previene el síndrome del burn-out, que tiene un precio inevitable (precio de la empatía, fatiga por compasión). La empatía mantiene saludablemente el equilibrio en la alianza terapéutica para dar eficacia a la relación y favorecer un verdadero encuentro interpersonal.

Nada más deshumanizador que la dispatía, la actitud cínica que genera malestar, como también la frialdad de quien se defiende del compromiso

¹⁹ Francisco, *Fratelli tutti*, 224

²⁰ BERMEJO J.C., *Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido*, Desclée De Brouwer, Bilbao 2012.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos
Bermejo

afectivo, emocional, en los procesos terapéuticos.

La dimensión comportamental de la empatía, traducida en respuesta que, cálida y profesionalmente, devuelve comprensión, transmite bienestar, hospitalidad compasiva, eficacia a la relación. La empatía se despliega en escucha atenta al mundo objetivo y subjetivo de la experiencia ajena, captándola “como si” uno fuera el otro. El “como si” es clave para la regulación de la implicación.

La crítica hecha a la empatía con su eventual potencial de distorsión de los juicios morales y de las conductas²¹, así como la que se hace en espacios de resistencia a evocarla como clave de humanización, suele estar apoyada en una visión errónea del concepto, subrayándose solo la dimensión emocional de conexión y pensando que consiste en vibrar con el otro y sentir lo mismo que él, llevando esto a darle la razón en cualquier planteamiento teórico o cualquier conducta derivada de su situación. Esta mirada equivocada al concepto de empatía tiene su base

quizás en su fácil popularización y en el bosque conceptual surgido en torno a él.

Mucho del desafío que tenemos para humanizar el mundo de la salud y de la asistencia sanitaria, está en el campo de la formación a la empatía terapéutica, puesto que, habiéndose inflacionado este concepto, requiere, en primer lugar, clarificación conceptual y estrategias de entrenamiento y supervisión.

Sentimientos y valores: compasión

No falta quien piensa que la humanización tiene que ver con la dimensión emocional en sentido superficial. Como si se tratara de impregnar de “buenos sentimientos” el hacer profesional y el saber científico-técnico. Y también por eso, encuentra resistencias.

Uno de los patronos de los enfermos, enfermeros y hospitales católicos del siglo XVI, San Camilo, importante renovador e innovador del mundo de los cuidados en salud, exhortaba a los numerosos compañeros que logró en vida, en la institución por él creada para humanizar los hospitales, los cuidados a domicilio, las prisiones, diciéndoles que pusieran “Más corazón en las manos”.

Este lema: “Poned más corazón en las manos” propone una cultura humanizadora evocada por San Camilo de Lelis en un contexto deshumanizado de asistencia sanitaria italiana. Es un lema que siguen inspirando a grupos e instituciones en todo el mundo. Evoca una ética virtuosa de la compasión, un modelo de cuidado de altos estándares de calidad derivados de fuertes vínculos

²¹ BOOM P., *Contra la empatía. Argumentos a favor de una compasión racional*, Taurus, Madrid 2018.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

afectivos generados con la persona vulnerable, una sabiduría del corazón que supera la racionalidad científico-técnica²².

El prestigioso filósofo germano-judío Hans Jonas indica que “es preciso someter el potencial apocalíptico de la técnica al dominio de los valores, de la reflexión moral”, al tiempo que alerta sobre la urgencia de “poner al galope tecnológico bajo control extra tecnológico”²³. No se trata, pues, de un buenismo que podría derivar de una actitud blandengue a nivel emocional, sino del poder humanizador de la sabiduría del corazón, del mundo de los valores, que debe regir la lógica humana, más aún ante la crisis del enfermar y el morir.

La importancia del descubrimiento de la base neurológica de la empatía es de tal categoría, que Ramachandran no tiene ningún reparo en afirmar que “las neuronas espejo harán por la psicología lo que el ADN hizo por la biología: proporcionarán un marco unificador y ayudarán a explicar una multitud de capacidades mentales

que hasta ahora han permanecido misteriosas e inaccesibles a los experimentos”. El mismo autor llama a las neuronas espejo “neuronas de la empatía” por ser las implicadas en la comprensión de las emociones de los otros. De algún modo, si la observación de una acción llevada a cabo por otro individuo activa las neuronas que permitirían al observador realizar la misma acción, estaríamos ante una suerte de “lectura de la mente”²⁴. Buena noticia para quienes buscan evidencias y fundamentos biológicos, pero otra cosa más comprometida y actitudinal será la empatía terapéutica como expresión de la compasión.

Podemos decir que los rasgos del encuentro compasivo humanizador serían la suma de tres elementos que se han de producir en el campo propio de la compasión, que es el encuentro personal: la gratuidad (nunca tenemos nada que ofrecer a cambio de quien se muestra compasivo, siempre se puede “pasar de largo”); la proximidad (tocar, ver, acercarse, dejarse afectar, son requisitos de la compasión); la hondura (entramos a compartir la herida más profunda de la otra persona).

En la tradición bíblica, compadecerse se expresa como un estremecimiento de las entrañas que comporta, según los estudiosos del verbo griego correspondiente (splagnizomai), la misericordia, y tiene diferentes momentos: ver, es decir, entrar en contacto con alguna realidad de sufrimiento mediante los sentidos;

²² BERMEJO J.C., CARABIAS R., VILLACIEROS M., LORITE C., *Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid*, en: *Ética de los Cuidados* 2011; jul-dic 4(8).

²³ JONAS H., *Técnica, medicina y ética*, Paidós, Barcelona 1997.

²⁴ FEYTO L., *Las neuronas espejo nos ayudan a comprender las intenciones de los otros*, en: http://www.tendencias21.net/Las-neuronas-espejo-nos-ayudan-a-comprender-las-intenciones-de-los-otros_a1498.html Consultado en agosto de 2013.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

estremecerse, es decir, el impulso interior o movimiento íntimo de las entrañas; y actuar, es decir, que no es un impulso infecundo, sino que mueve a la acción. Se trata, pues, de una voluntad de “volver del revés el cuenco del corazón” y derramarse compasivamente sobre el sufrimiento ajeno sentido en uno mismo. Hoy, no está de moda hablar de compasión en estos términos si no es en espacios particularmente especializados.

La compasión y la misericordia añaden la actitud de una cierta inclinación del ánimo hacia la persona desgraciada, cuyo mal se desearía evitar. Nos da compasión y nos produce misericordia ver a una persona en duelo, un enfermo mal atendido, una persona mayor abandonada, una mujer víctima de la violencia... Pues bien, la misericordia es un movimiento interno que parte del sentimiento de pena o indignación por los que sufren, que impulsa a ayudarles o aliviarles; en determinadas ocasiones, es la virtud que impulsa a ser benévolo en el juicio.

García Roca habla de “inteligencia compasiva”²⁵. Al fin y al cabo, la compasión no es mero sentimiento, sino una transformación

activa de la persona hacia la vida gozosa, cuidada, atendida en su fragilidad, tanto física como espiritual. Es frágil la vida, es fuerte la compasión. Quizás por eso Agustín de Hipona, a la misericordia la llamó “el lustre del alma” que la enriquece y la hace aparecer buena y hermosa; y Tomás de Aquino llamó la atención sobre el serio riesgo de que la “justicia sin misericordia es crueldad”.

Así pues, si puede haber empatía sin compasión, entiendo que la empatía terapéutica es una de las expresiones nobles de la compasión, un modo concreto de aliviar el sufrimiento ajeno, un modo de humanizar las relaciones y el trato en la asistencia sanitaria.

5. Retórica y humanización

En profesiones como salud, intervención social, educación, la palabra juega un papel fundamental. Con ella se ayuda eficazmente o se hace daño, se acompaña a crecer o se humilla a una persona.

¿Qué pasó con la oratoria, el arte de usar la palabra como terapia y al servicio de la relación terapéutica? ¿En qué consiste ese bien que puede generar la palabra? ¿Cómo ha de ser la palabra para que genere salud? ¿Dónde está el poder sanante de la palabra en el encuentro? ¿Es lícito usar la palabra para persuadir? ¿No coaccionamos así a la persona y la dirigimos, en contra de los postulados del counselling?

En los últimos años, en contextos de formación para humanizar la asistencia sanitaria, en espacios de formación para la relación, se insiste mucho en la importancia de la escucha

²⁵ GARCÍA ROC J., *Espiritualidad para voluntarios. Hacia una mística de la solidaridad*, PPC, Madrid 2011, 104

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos
Bermejo

activa, como traducción práctica de la actitud empática. En una sociedad de perversión alexitímica, de no poco analfabetismo emocional y espiritual, ¿qué habrá sido de la palabra? En tiempos de fe ilimitada en el poder de la gestión de la información en salud y de millenials ya profesionales, en la era no ya tecnológica, sino de la nanociencia y nanodimensión, ¿qué futuro le espera a la palabra en salud? En la sociedad del homo videns, que todo lo quiere en imagen o pequeña cápsula visual, ¿dónde queda el diálogo?

Nos humanizamos por la palabra con la que creamos o destruimos, con la que nombramos o eliminamos. Con la palabra nos encontramos en el diálogo.

Torpeza profesional pseudocientífica

Laín Entralgo consideraba a Platón como el inventor de una psicoterapia verbal rigurosamente técnica, al ser el primero que observó que la palabra actúa por sí misma, por la virtud de su naturaleza.

Las profesiones de salud construyen su identidad y su potencial humanizador y humanizado si manejan los ladrillos de las palabras en el edificio de la comunicación, de la alianza terapéutica. La mera relación instrumental, la cosificación de la

persona para analizar los indicadores de su biología mediante una sutil gestión de la información que objetiviza, no alcanza el mérito de ser llamada relación profesional sanitaria.

Deseamos todavía que los valores éticos constituyan la clave interiorizada por los profesionales de la salud. No sabemos dónde quedará el poder de la empatía y la palabra como parte de la relación clínica en el futuro, pero hemos de seguir apasionados por su poder transformador y darle carta de ciudadanía en salud. Sin la palabra, volvemos al animal no sapiens, no amans, no patiens, aunque faber y technicus.

En la mitología griega encontramos a Pehithó, que se ha traducido vaga e impropriamente por “persuasión”. Pehithó es retórica, erótica, filosofía, poética, política. Pertenece a reyes, amantes, a los que cuentan relatos y quieren mantener la atención de su público.

La persuasión -Pehithó- puede ser buena y mala. La buena Pehithó se identifica con la ternura, el deseo, las palabras amorosas con propósitos seductores que se estructuran en una relación positiva. En su naturaleza negativa, hace emerger las mentiras, las palabras de engaño. El poder del mal puede dar a la palabra la posibilidad de trabajar en la noche y en la invisibilidad de la farsa, donde de manera siniestra se negocia la trampa. Y es que la palabra, en efecto, como dirá la sabiduría judía, es un arma de doble filo: humilla y enaltece, sana y enferma, conforta y hace sufrir.

No sería técnicamente completo el saber de un médico, y, por extensión, del resto de profesionales de la salud y de la intervención social, si este no es

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

capaz de producir sophrosyne mediante su palabra en el alma de sus enfermos o destinatarios de la ayuda. Con ello adquieren justificación intelectual los intentos de Gorgias y Antifonte y nace, ya en forma verdaderamente técnica y rigurosa, la doctrina de la psicoterapia verbal.

Los médicos hipocráticos no supieron recoger y hacer suyo este legado de Platón. Conocieron, es cierto, la psicoterapia verbal; pero no pasaron de emplearla para lograr la confianza del enfermo y para mantener en buen tono la amenazada moral del ánimo de este. La curación por la palabra -el conocimiento y el aprovechamiento técnicos de la physis propia de la palabra humana o fisiología del logos- no llegó a tener verdadera existencia en la medicina científica tradicional.

El corazón compasivo y empático será dinámico también con la palabra, como esa obra de arte de la ingeniería divina, incansable fuente de calor -como dijera Galeno-, que nos mantiene vivos y cuyas razones a veces la razón no entiende -como afirmara Pascal-, llamada sede del pensamiento por Empédocles, potencial humanizador del mundo.

El médico, filósofo, teólogo y músico franco-alemán, Albert Schweitzer, quien afirmaba que “un buen médico debe escuchar como un sacerdote, razonar como un científico, actuar como un héroe y hablar... como una persona normal”. El uso de la técnica como artesanía genera evidencia, como decía Albert Jovell, de los resultados eficientes de la medicina basada en la afectividad²⁶.

El poder terapéutico de la palabra.

No habrá palabra oportuna, terapéutica y hospitalaria en salud, si no está profundamente arraigada en la gran clave de la hospitalidad, que es la escucha activa en la que se encarna el comportamiento compasivo y la empatía terapéutica.

Sentirse escuchado, comprendido en el mundo de los sentimientos, ser captado en el voltaje emocional con que uno vive, ser visto con el ojo del espíritu, son frutos de la hospitalidad compasiva. Entre el anfitrión y el huésped, el juego de miradas revelará la calidad del contacto (visual) que estamos dispuestos a tener, la calidad de la comunicación que pretendemos desplegar en la acogida.

Lévinas²⁷ define la hospitalidad como la acogida de aquel diferente a mí. Y la acogida es una práctica que requiere el reconocimiento de las necesidades del otro, de su dignidad y su diversidad. La acogida puede considerarse como tal cuando el ser humano es tratado como un fin en sí mismo y no es cosificado. Quizás por eso, Javier Gafo evocaba como primer

²⁶ JOVELL A., *Cáncer. Biografía de una supervivencia*, Planeta, Barcelona 2008.

²⁷ DERRIDA J., *Adiós a Emmanuel Lévinas. Palabra de acogida*, Trotta, Madrid 1998.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

problema ético en el mundo de la salud la deshumanización, y refería como contenido básico de la misma, la despersonalización en la relación.

Al ejercer la hospitalidad compasiva, se invita al otro extraño a formar parte del propio mundo, a abandonar la esfera pública para conocer el terreno de la privacidad. En este sentido, la hospitalidad funciona como punto de intersección entre lo privado y lo público. La acogida hace que el extraño deje de ser extraño y el que acoge se haga con la rica extrañeza de la vida y la considere como oportunidad de aprendizaje.

Entre el otro extraño y el huésped nace un vínculo de afecto como consecuencia de la hospitalidad, una relación de ayuda que Laín Entralgo llamará “amistad médica”, que hace al anfitrión más vulnerable y nos llevará por eso a utilizar la metáfora del sanador herido. Si la hospitalidad compasiva se produce, ambos protagonistas se expresan con libertad y el encuentro resultante altera positivamente la identidad de ambos.

En el esfuerzo que Torralba²⁸ hace de aproximación al concepto de

hospitalidad, afirma que la hospitalidad puede definirse como “el movimiento extático que realiza el anfitrión con respecto al huésped y que tiene como finalidad la superación de los prejuicios, la recepción y la escucha del otro y la metamorfosis del otro extraño en el tú familiar”; es, en el fondo, el esfuerzo del movimiento inicial de la actitud empática.

Centrándonos en la finalidad de una institución o servicio de ayuda en la enfermedad, sea hospitalario, de acompañamiento en counselling (Centro de Escucha), centro de servicios sociales, etc., consiste en salir al paso y paliar las formas de vulnerabilidad del ser humano. Se trata de suplir el propio hogar cuando la vulnerabilidad impide estar en él. Por eso, la clave de control de calidad de estos servicios sería la pregunta: “¿Te has sentido como en casa?” Y la respuesta debería oscilar en dos enfoques de la pregunta: a nivel de atención personal y a nivel de disponibilidad del espacio.

La acogida de la hospitalidad exige que uno esté atento incesantemente a la meteorología del corazón del otro. La experiencia de sentirse o no acogido está relacionada con diferentes variables y sentidos. Hay una acogida espacial, una acomodación al universo del lenguaje, una acogida en la intimidad del corazón...

La alianza terapéutica.

Otra de las claves más evocadas cuando se habla de humanización es la alianza terapéutica. En medio de los límites de posicionamiento pendular en relación a la influencia sobre el otro en

²⁸ TORRALBA F., *Sobre la hospitalidad. Extraños y vulnerables como tú*, PPC, Madrid 2003, 87.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

las relaciones de ayuda, podemos rescatar el concepto que apreciamos nacido de la prudencia y de la más genuina voluntad de ayudar: el concepto de alianza terapéutica.

Como concepto, alianza terapéutica tiene su origen en el campo psicoanalítico, pero, en realidad, es el factor más importante de las relaciones clínicas y de ayuda. Se trata de la relación de colaboración que se establece entre ayudado y ayudante en relación a los fines de la relación terapéutica. La alianza es un acuerdo recíproco en los objetivos del cambio y en relación a las tareas necesarias para alcanzar los objetivos, junto al establecerse de vínculos que mantienen la colaboración entre los participantes del trabajo terapéutico. Está basada, por tanto, en la confianza en el terapeuta, pero también en el derecho del paciente de participar y de saber sobre los caminos de decisión.

La alianza terapéutica es el nombre de una tarea estrecha entre ayudado y ayudante, paciente y médico, usuario y counsellor. Dentro de este vínculo, las diferentes reacciones existenciales pueden ser expresadas y comprendidas. En él, las diferentes tipologías de la solicitud de ayuda se pueden formular y ser satisfechas de

manera auténtica, sin absolutizarlas; es decir, considerándolas como dimensiones cambiantes de una búsqueda de la verdad que el enfermo y el que sufre emprende en la estación del malestar.

En efecto, es sabido que “el mejor terapeuta es quien tiene confianza en la gente”, afirma Galeno. Todos los manuales de comunicación en el campo de las diferentes formas de terapia evocan la importancia de la alianza terapéutica.

La alianza terapéutica representa un trabajo que impone un gran esfuerzo, tanto de parte del terapeuta, que debe promoverla lo mejor posible, como por parte del paciente, que debe disponerse a aceptarla; es una búsqueda de flexibilidad, adaptación constante y positiva en la evolución.

La alianza terapéutica puede constituir una prioridad absoluta para evitar el bloqueo de la terapia o el abandono prematuro por parte del paciente cuando llegan las crisis a las que va inevitablemente al encuentro en el curso de los malestares más complejos.

Las relaciones de ayuda están marcadas por la genuina confianza de los que se esperan de los demás un apoyo para ser una persona mejor, más feliz, salir del agujero en el que han caído o recuperar la salud. Una alianza con el terapeuta consolida las expectativas y refuerza las motivaciones.

La alianza terapéutica es un concepto clave en la ayuda. Algunos referentes clásicos lo han descrito de modo elaborado, como Bordin, que la considera como el resultado de la sana combinación de acuerdo entre paciente y terapeuta en relación a los objetivos,

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

a las tareas del proceso de relación y, en tercer lugar, al vínculo entre paciente y terapeuta caracterizado por aprecio, confianza y respeto recíproco.

Laín Entralgo, conocido médico humanista español, hablaba de “amistad médica” para invocar la dimensión afectiva de las relaciones profesionales en medicina. Y, en efecto, la dimensión afectiva en las relaciones de ayuda tiene algunas notas propias de la amistad: hay un gusto en la relación y en la comunicación; hay confidencias compartidas y beneficios recíprocos; el paciente comparte sentimientos e intimidades; el secreto se mantiene y se gestionan altas dosis de confianza.

En la antigua Grecia, superada la etapa empírica y mágica de una medicina artesanal, se encuentran los fundamentos de una amistad de este tipo: amistad hacia el paciente, amor por la persona, por la misma condición humana, amor también por el arte de la curación y del cuidado, amor por la nobleza de la naturaleza humana encarnada en el cuerpo singular de cada paciente.

Freud decía que la ciencia médica no había inventado todavía una medicina tan eficaz como pocas palabras amorosas. Subraya así la

importancia del vínculo y de la calidad de la comunicación en los procesos de ayuda.

La alianza terapéutica es prioritaria respecto a cualquier tipo de motivación mercantil o contractual. El intercambio de promesas se asocia a la complicidad recíproca e impregna a los que están interesados y a lo que se busca juntos.

A veces requiere una formalidad que, en salud, puede ser traducida en forma de consentimiento informado o en la expresión incluso de voluntades anticipadas en previsión de no estar en grado de participar en los procesos deliberativos debidos a la pérdida grave de capacidades cognitivas.

La alianza establecida en torno a las relaciones terapéuticas está impregnada del valor curativo de la persona del terapeuta. El médico es la primera medicina, decía el psiquiatra húngaro Michel Balint, porque, a través del diálogo, favorece la respuesta terapéutica.

La alianza terapéutica es más que un pacto de caballeros. Un pacto de caballeros es un acuerdo entre dos o más partes, escrito u oral, que forma parte de una relación que busca un beneficio recíproco. La esencia de un pacto de caballeros se basa sobre el honor de las partes para su conformidad, sobre la recíproca confianza en las fidelidades de ambas partes y en el empeño por buscar el bien.

Las relaciones de ayuda comportan sí o sí, pactos más o menos explícitos, pero más que “pactos de caballeros”. El bien no es solo buscado y la honestidad y la lealtad son supuestas, sino que hay una profunda alianza basada en la verdad, sin falsas ilusiones que no estén al alcance de la mano del realismo y de la sana esperanza.

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

La esperanza es propia de la alianza terapéutica. Se traduce en confianza en que las partes que unen las fuerzas se comprometen a alcanzar lo que es buscado y deseado, es decir, la salud, el bienestar. Por este motivo, humanizar las relaciones en salud, comporta la promoción de relaciones de auténtica alianza, en las cuales la adhesión a las indicaciones terapéuticas y la deliberación a la búsqueda del bien, se apoyan sobre el peso de los argumentos y sobre la naturaleza del diálogo.

Desgraciadamente, hay muchas formas de relación clínica lejos de esta clave de relación sana y saludable. Dinamismos narcisistas, analfabetismo relacional, excesiva confianza en la tecnología -que termina por ser tecnocracia- pueden llevar a hacer del encuentro aparentemente terapéutico, una ridícula escena humillante para ambas partes.

Tenemos un gran desafío humanizador en las relaciones de salud. En los procesos de elección de las profesiones de medicina, enfermería, psicología, counselling, por parte de las organizaciones o empresas, normalmente hay buenas motivaciones para mostrar lo mejor de las capacidades humanas de encontrar a los demás. Pero tenemos necesidad de

buenos docentes. Buenos ejemplos que transmitan modelos de relación humilde y poderosa al mismo tiempo. humildes porque humanos, de humus que nos hace iguales y sanadores heridos; poderosos porque la palabra -dice San Pablo- es viva y eficaz, y más afilada que cualquier espada de doble tallo (Heb 4,12); penetra en los rincones del alma y del espíritu, en las articulaciones de la médula, y es poderosa para discernir los pensamientos y las motivaciones del corazón.

Quizás uno de los desafíos que tenemos en las relaciones terapéuticas es empezar haciendo explícito lo que se busca, haciendo pactos de responsabilidad en torno a los procesos, a los objetivos y a las características del encuentro.

El diálogo y el encuentro, como insiste el papa Francisco, no son meros medios, sino fines sanos. Con frecuencia la salud está en el encuentro. El encuentro genera salud. El encuentro de los aliados es la medicina, la terapia.

La cultura del encuentro hace ser a las personas significativas la una para la otra y no simples extraños o instrumentos para alcanzar los propios objetivos. Esta pasión por el otro, por su verdad y por su legítima rareza, tiene un poder humanizador en las relaciones de ayuda.

En la era de la multiplicación de los seminarios sobre técnicas de comunicación, hemos de apostar por la voluntad de asombro, típica de la cultura del encuentro, en particular, en la vulnerabilidad, donde escucha y palabra sean objeto de adecuada formación.

Nada humano me es ajeno, dijo Terencio. Por tanto, la posibilidad de crear una buena alianza terapéutica se apoya también en el conocimiento de la

FORMAR COM HUMANIDADE PARA A HUMANIDADE

Prof. Doutor José Carlos Bermejo

propia vulnerabilidad como profesionales de ayuda.

Exaltar demasiado el principio de autonomía puede generar, como nota el analista contemporáneo Zygmunt Bauman, una particular soledad como consecuencia del individualismo: “Los individuos entran hoy en el ágora solo para encontrarse en compañía de otros individuos solitarios como ellos, y vuelven a casa con una soledad confirmada”.

“Quien entre aquí, sale mejor persona”, se puede leer a la entrada-salida del Centro de Humanización de la Salud en Tres Cantos, Madrid. Debería ser el lema de toda relación. Quien se encuentra conmigo, mejora, refuerza lo mejor de sí, se empodera y camina hacia la más alta posibilidad de ayudarse a sí mismo. Esta es la clave del equilibrio en la alianza terapéutica sin caer en los extremos de la manipulación y de la hiper exaltación de la autonomía.

Siempre habrá que trabajar, si se pretende humanizar, para que esté impregnado de una antropología en la que el ser humano sea mirado en su

vulnerabilidad desde un ojo reconecedor de la multidimensionalidad, considerando la dimensión física, cognitiva, emocional, social, valórica y espiritual. Siempre habrá que considerar que la salud es más que una suma de datos e indicadores biológicos, pensándola y trabajando por ella más en clave de experiencia biográfica, de tarea, de conquista, de desafío de equilibrio y armonía del individuo y del contexto socio-cultural. Por eso, digamos simbólicamente que al tecnólogo le tendría que ayudar el filósofo.

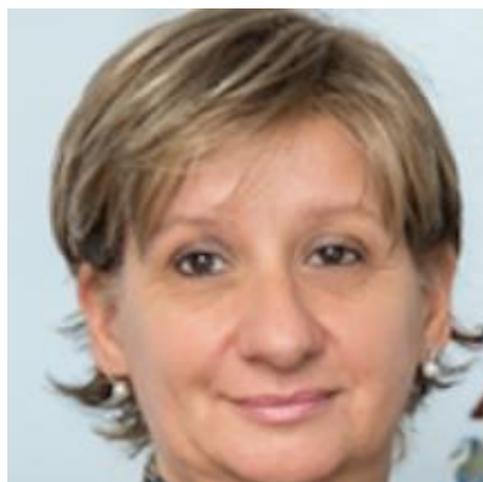
“MAIS PRÓXIMOS DE TI”: PROXIMIDADE COM SEGURANÇA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Mestre Susana Ramos¹

¹Enfermeira Gestora no Centro Hospitalar
Universitário de Lisboa Central

Passar por uma experiência de internamento num hospital, envolve inevitavelmente momentos de solidão, sofrimento, medo, receio e angústia, sendo um momento de crise para os doentes e famílias e que cada um, vive e experiêcia de maneira diferente. Quando uma doença surge na vida de uma pessoa, esta conduz a alterações significativas da sua vida quotidiana podendo ser stressante, e a família e amigos, são naturalmente o suporte emocional da maioria das pessoas.

É nesta perspetiva que no contexto da pandemia por SARS-CoV-2 consideramos que um dos grandes desafios colocados às organizações de saúde foi certamente, como manter a proximidade e a comunicação entre o doente internado e a sua família, dado que a limitação das visitas para os doentes internados, foi desde o início da pandemia uma realidade em todo o mundo e que se mantém até aos dias de hoje, em muitos contextos. Manter a comunicação e proximidade com segurança entre o doente e família, desafiou-nos assim, a repensar e a definir novas estratégias e abordagens no processo de cuidados de saúde.



Neste âmbito, é importante refletirmos e debatermos sobre este tema e cujas medidas de restrição relativamente à presença do familiar significativo durante o internamento do doente, veio contribuir para dificultar o envolvimento da família nos cuidados e continuidade de cuidados pós alta, algo já conquistado há muitos anos. Atualmente a comunicação e a humanização dos cuidados de saúde à pessoa doente são processos que estão fragilizados a vários níveis e diversas questões levam-nos a refletir sobre esta problemática, nomeadamente que estratégias estão a ser promovidas pelas organizações de saúde para melhorar comunicação e a proximidade com segurança entre o doente e família durante a pandemia.

A Sociedade Internacional para a Qualidade em Saúde (ISQua) e a *Planetree International*, preocupados com estas questões, impulsionaram um movimento internacional na tomada de uma posição conjunta com mais de 60 organizações para preservar a presença da família junto do doente durante a pandemia. Desta iniciativa resultou a definição de oito orientações para as organizações de saúde, nomeadamente:

“MAIS PRÓXIMOS DE TI”: PROXIMIDADE COM SEGURANÇA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Mestre Susana Ramos

1. **Avalie a necessidade de restrições à presença da família.** Reavalie e ajuste as políticas de acordo com o contexto e as condições presentes.
2. **Minimize os riscos da presença física de um familiar significativo.** Siga as diretrizes de prevenção e controlo de infeção emitidas pela Organização Mundial de Saúde e as autoridades de saúde locais e regionais.
3. **Comunique com compaixão** quaisquer restrições às visitas antes dos familiares chegarem ao hospital.
4. Defina e comunique **exceções às restrições** de presença da família, como por exemplo as situações de fim de vida.
5. **Minimize o isolamento** quando a família não puder estar fisicamente presente, usando **meios telemáticos** (vídeo chamada ou telefone, entre outros).
6. **Partilhe a tomada de decisões com a família.** Informe e realize ensinamentos à família sobre os riscos e benefícios das visitas pessoais com seus entes queridos.

7. **Recrute a família como membros da equipa** cumprindo os protocolos de segurança estabelecidos.
8. **Promova o ensino para a alta e o acompanhamento pós-alta** para que as famílias possam apoiar as transições de cuidados com sucesso.

Também em Portugal na sequência da evolução da pandemia e da necessidade de proteger os doentes internados e os profissionais, o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) seguindo o Plano de Contingência Nacional, implementou medidas para limitação de visitas a doentes internados, desde março de 2020.

O projeto “Mais Próximos de Ti” surge em abril de 2020, na sequência de uma história que envolveu uma doente adulta, internada, que não interagiu com os profissionais e permaneceu a maior parte do tempo com os olhos fechados. Um dos profissionais utilizando os seus próprios meios telemáticos, realizou uma vídeo chamada para a doente, tentando desta forma, trazer a família para junto da mesma, de forma que não sentisse que tinha sido “abandonada”. Foi uma grande surpresa quando a doente reagiu de imediato à voz do seu irmão, abrindo os olhos e com um grande sorriso viu e ouviu a sua família, demonstrando também à equipa o quanto estava feliz.

A vivência desta pequena história despertou nos profissionais envolvidos a necessidade de intervir e repensar em estratégias alternativas para melhorar a comunicação e a proximidade entre os doentes e famílias, nas várias áreas de cuidados do CHULC, nascendo assim o projeto “Mais Próximos de Ti” (MPdeTi).

“MAIS PRÓXIMOS DE TI”: PROXIMIDADE COM SEGURANÇA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Mestre Susana Ramos

O principal pilar desta ideia foi a constituição de uma equipa móvel integrando profissionais do CHULC e que de forma voluntária poderiam apoiar os doentes internados, promovendo a comunicação e proximidade entre o doente e os seus familiares, através de meios telemáticos.

No arranque do projeto, a Equipa Móvel do MPdeTi contou de imediato com a disponibilidade de 16 profissionais do CHULC e atualmente integra 45 profissionais.

Para a operacionalização do projeto foram alocados equipamentos doados ao centro hospitalar, por empresas e particulares, e com o apoio da equipa do Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação foi possível começar as vídeo chamadas de imediato, utilizando as aplicações ao nosso alcance. Foram também elaboradas orientações e procedimentos para os profissionais relativamente à manutenção da privacidade e proteção de dados do doente e família, consentimento informado e esclarecido, e cuidados para a prevenção da infeção. O meio para transporte do equipamento para a vídeo chamada e a sua disponibilização junto do doente, contou também com o apoio da equipa da Área de Gestão das Instalações e

Equipamentos que através de material para abate, reciclou e criou carros rodados facilitando assim o transporte do mesmo. E à medida que o projeto foi crescendo e sendo reconhecido por todos, outros apetrechos, como é o exemplo suportes para os *tablets*, foram doados por profissionais e familiares.

Assim, o projeto MPdeTi, apoiado e aprovado pelo Conselho de Administração do CHULC, foi lançado no início de maio de 2020, tendo como principais objetivos:

- Promover a comunicação e proximidade entre o doente e os seus familiares através de meios telemáticos.
- Minimizar os constrangimentos relativos à limitação de visitas decorrentes das diretrizes no âmbito da pandemia COVID-19.
- Diminuir a ansiedade do doente e familiares como consequência da limitação das visitas.
- Articular com as equipas de saúde na identificação e mobilização de medidas necessárias para satisfazer as necessidades dos doentes e famílias.

Desde o início de maio de 2020 que os profissionais do CHULC realizaram mais de 4 500 intervenções, que incluíram “visitas virtuais” e articulação com as equipas multidisciplinares. A destacar que 80% destes doentes têm idade superior a 70 anos. Os doentes que beneficiaram deste projeto têm manifestado um grande reconhecimento e satisfação relativamente a esta iniciativa.

Ao longo de um ano vivenciamos histórias emotivas que envolveram dias de aniversário, pedido de casamento e até

“MAIS PRÓXIMOS DE TI”: PROXIMIDADE COM SEGURANÇA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Mestre Susana Ramos

mesmo um casamento em tempo real, e diferentes encontros e reencontros desde Lisboa até outras partes do país e do Mundo.

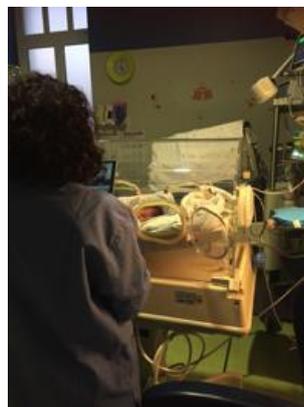


A necessidade de implementação de um projeto com estas características deve-se também ao facto de muitos doentes, pela sua idade avançada, por dificuldades de visão e audição, entre outros motivos, não terem autonomia para utilizarem estas novas tecnologias, de forma a contactarem com o exterior enquanto estão internados.

A Equipa Móvel “Mais Próximos de Ti” para além do contacto entre o doente e família através de meios telemáticos, também entrega ao doente mensagens, fotografias, desenhos e vídeos enviados pela família.



Numa outra vertente, este projeto também abrangeu a área pediátrica, pois apesar de o pai/mãe poderem permanecer junto do seu filho durante o internamento, surgiu em vários contextos, a necessidade de se recorrer a estas tecnologias, pois infelizmente a infeção por SARS-CoV-2 também não poupou muitos deles. Por outro lado, permitiu também a “visita virtual” de outros membros da família.



“MAIS PRÓXIMOS DE TI”: PROXIMIDADE COM SEGURANÇA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Mestre Susana Ramos

Os testemunhos que nos têm chegado indicam que este projeto ajudou a aliviar o sofrimento, a saudade e a aumentar o bem-estar e a segurança dos doentes. Os familiares e doentes manifestam uma grande satisfação e gratidão por estes “pequenos” gestos e momentos, e alguns até os referem como “momentos terapêuticos”, tal como espelhado neste testemunho:

“O momento da primeira vídeo chamada, jamais esquecerei, pois estive três dias sem falar com a minha família e via a minha filha e ouvia a sua voz em todas as pessoas que entravam na enfermaria e passavam no corredor. Quando vi e ouvi a minha filha através da vídeo chamada, senti que me tiraram da escuridão. Foi melhor que todos os medicamentos que já tinha tomado até então” (testemunho M.U.T, 86 anos, doente internada em outubro de 2020).

A participação e o envolvimento dos profissionais neste projeto permitiu promover momentos de reflexão em equipa, bem como identificar necessidades dos doentes e famílias e articular essas necessidades com a equipa de saúde, promovendo uma melhoria contínua dos cuidados. Das principais reflexões e conclusões no âmbito deste projeto destacamos o seguinte:

- A experiência vivenciada pelos doentes/familiar e profissionais é bastante positiva e tem mobilizado profissionais para a dinamização e continuidade do projeto.
- Os testemunhos e a satisfação dos doentes/famílias e dos profissionais sobre esta possibilidade de proximidade à distância e com segurança motivam os profissionais para manterem esta atividade voluntariamente conciliando com a sua atividade habitual.
- A comunicação, proximidade e a relação de ajuda são os principais pressupostos desta iniciativa.
- A articulação da equipa móvel MP de Ti com a equipa do serviço promove melhorias de comunicação entre os profissionais de saúde, o doente e a família.

As histórias e os sentimentos vivenciados pelos próprios profissionais, doentes e famílias, são únicos, refletindo a importância do carinho e do amor no cuidar, que também ajudam os doentes a recuperar e contribui certamente para uma maior satisfação no trabalho.

Da nossa experiência ao longo de um ano, constatamos que esta iniciativa acrescenta valor aos cuidados de saúde, traduzido através de ações simples e que estão ao nosso alcance, contribuindo desta forma para a humanização dos cuidados de saúde.

Da experiência vivida e dos testemunhos partilhados acreditamos que este projeto poderá continuar para além da pandemia.

“MAIS PRÓXIMOS DE TI”: PROXIMIDADE COM SEGURANÇA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Mestre Susana Ramos

Referências Bibliográficas:

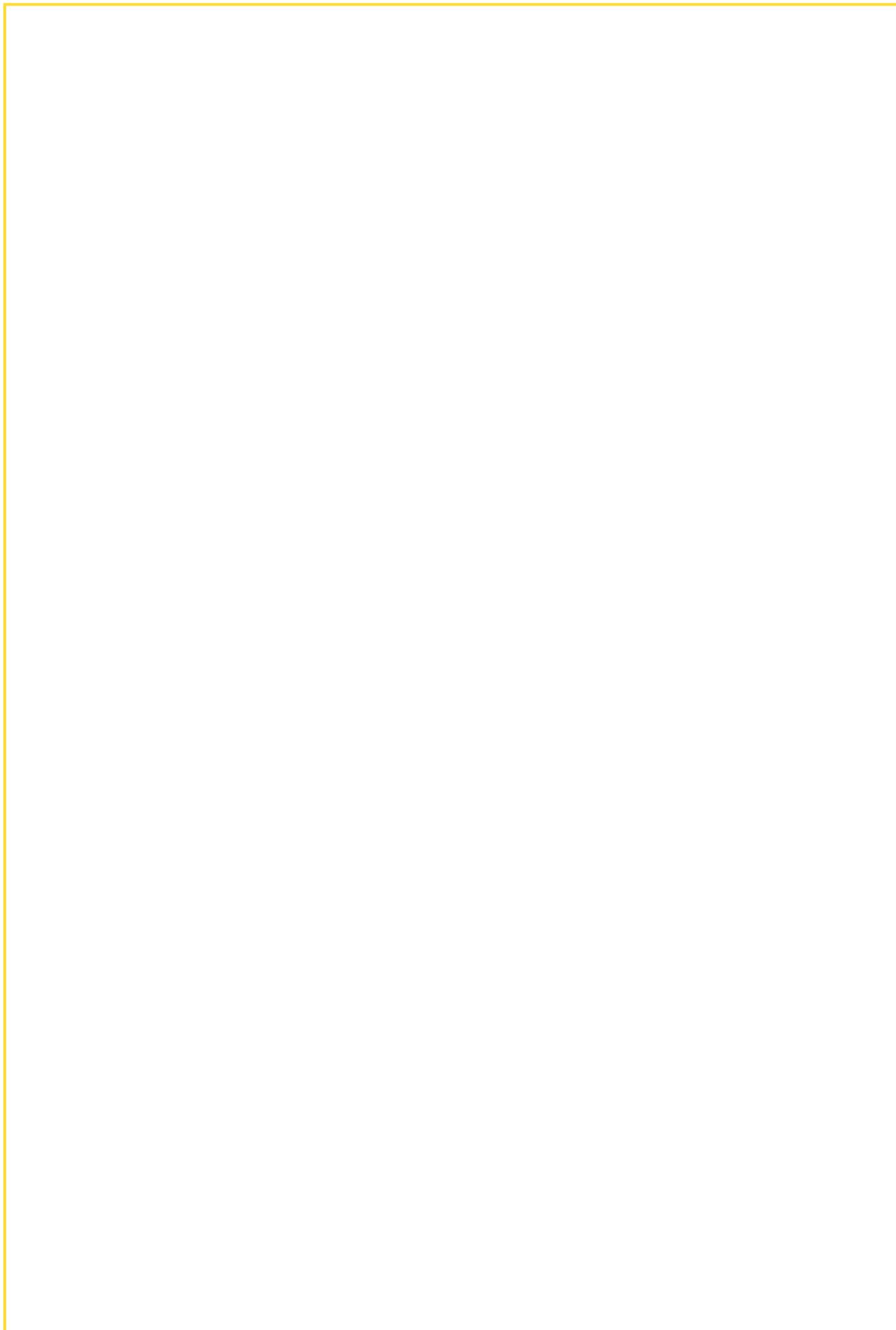
Jornal das 8, da TVI, reportagem sobre o “Projeto Mais Próximos de Ti”. Disponível em: <https://tvi24.iol.pt/videos/sociedade/visitas-por-videochamada-aproximam-familias-a-quem-esta-hospitalizado/5f0e07cb0cf225b1e7e70c18>.

Planetree International (2020). Global Healthcare Accreditation for Medical Travel Services and Planetree International Joint Statement: Family presence and visitation during a pandemic September 3. Disponível em: <https://planetree.org/wp-content/uploads/2020/08/HPH-Planetree-Joint-Statement-on-Preserving-Family-Presence-During-a-Pandemic-6.16.20.pdf>.

Ramos, S. (2021). Projeto “Mais Próximos de TI”: Comunicação e Proximidade entre o Doente e Família em Tempos de Pandemia. Enfermagem na Atualidade. Enformação: Enfermagem em Contínuo Movimento. Vol. (11) Jan a jun. 2021. ISSN 2182-8261 Disponível em: <https://www.acenfermeiros.pt//files/upload/revistas/11-revista-ace-web2.pdf>.

X JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA
VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

RESUMOS DOS PÓSTERS



TÍTULO DO POSTER: Problemas éticos de enfermagem, na prestação de cuidado em início de vida humana. O que há de comum com outras áreas do cuidado?

AUTORES: Sandra Paco¹; Sérgio Deodato²

1. Enfermeira no Hospital CUF Infante Santo
2. Docente do Instituto de Ciências da Saúde

Introdução: Qualquer ação do enfermeiro possui carácter ético intrínseco e requer decisão para a mesma. A decisão é exigente, sobretudo quando o enfermeiro se depara com aquilo que denominamos problema ético de enfermagem. Partindo da definição de Deodato (2014) de problema ético de enfermagem como “incerteza quando à decisão para agir” e com base em estudos precedentes, elaborados por Nunes (2006) e Deodato (2014), que identificaram problemas éticos dos enfermeiros, iniciamos uma investigação, em que procuramos conhecer os problemas éticos identificados pelos enfermeiros na sua prática, em contexto de início de vida, sendo a nossa questão “Quais os problemas éticos dos enfermeiros na prática clínica em início de vida humana, que são comuns a outras áreas de prestação de cuidados de enfermagem?”. Nesta apresentação damos apenas a conhecer os resultados que são comuns a outras áreas de cuidado de enfermagem e que foram, neste contexto de início de vida, identificadas pelos enfermeiros entrevistados.

Objetivo: Identificar problemas éticos dos enfermeiros em contexto de prestação de cuidado em início de vida humana.

Método: Estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, com recurso à entrevista semiestruturada. Os verbatim das entrevistas foram submetidos a análise de conteúdo, mais concretamente, análise categorial, segundo Bardin

(2014). A população é constituída por 26 enfermeiros.

Resultados: Identificaram-se 18 áreas problemáticas e 50 distintos problemas éticos, integrados nessas áreas. Neste trabalho distinguimos as áreas que podemos denominar de comuns à prática do exercício profissional, e apresentamos os problemas específicos de início de vida. Uma das categorias com relevância neste estudo, é a área da “**Transmissão da informação**”, com 131 *Unidades de enumeração (UE)*, relacionado sobretudo, com a necessidade de transmitir uma má notícia. Áreas como “**Sigilo**” (47UE), “**Condições do exercício**” (66UE), “**Responsabilidade profissional**” (156UE), “**Consentimento relativamente a cuidados durante o parto**” (52UE) e “**Manutenção da privacidade**” (47UE) são também identificadas como áreas problemáticas.

Conclusão: Os resultados aqui apresentados, demonstram a multiplicidade de problemas, enfrentados pelos enfermeiros em contexto de início de vida e, apesar das particularidades da área, apresentam similitudes com outras áreas de exercício profissional. A sua identificação permite refletir sobre os mesmos, auxiliando desta forma, em contexto para o futuro, procurar as melhores decisões e detetar áreas de formação ética, que ajudem os enfermeiros a procurar a melhor fundamentação, na sua deliberação, para a resolução destes problemas. A consciência dos mesmos, também permite aos enfermeiros, melhorar a sua prestação e, dessa forma melhorar a qualidade dos seus cuidados (Milliken, 2019).

Descritores: Início de vida humana, ética, enfermagem.

Referências Bibliográficas:

Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*. Coimbra: Edições 70.

Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem. Do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Almedina.

Milliken, A; Ludlow, L.; Grace, P. (2019). Ethical Awareness Scale: Replication Testing, Invariance analysis, and Implications. *AJOB Empirical Bioethics*, 10(4), 231-240.

Nunes, L. (2006). *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

TÍTULO DO POSTER: Eficácia das intervenções não farmacológicas na promoção do sono na Pessoa em Situação Crítica: Revisão Sistemática de Eficácia.

AUTORES: Marlene Gonçalves¹; Mariana Mão de Ferro²; Filipa Veludo³

1. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP); Centro Hospitalar de Setúbal; R.N
2. ICS-UCP; Hospital das Forças Armadas; R.N
3. ICS-UCP; MsEC; PhD

Introdução: A pessoa em situação crítica (PSC) frequentemente sofre de perturbações do sono (Pisani et al.2015, Hu, Rong-Fang et al. 2015). A evidência demonstra que cerca de 60% das pessoas que estiveram internados em unidades de cuidados intensivos sofreram de perturbações do sono (Silveira et. Al 2012), apresentam sono fragmentado, pouco eficiente, aumento do sono leve e diminuição do sono REM (Hu, Rong-Fang et al. 2015).

Objetivo: Identificar as intervenções não farmacológicas promotoras do sono na PSC, estudadas com abordagem experimental; identificar as intervenções não farmacológicas mais eficazes.

Método: Revisão Sistemática de Eficácia segundo a JBI (Tufanaru et. al. 2020). PICOS: P-participantes maiores de 18 anos internados em UCI ou S.U; I- intervenções não farmacológicas promotoras do sono; O-qualidade do sono objetivo e/ou subjetivo S- estudos de natureza experimental; Critérios de exclusão: Pessoas com internamento inferior a 24h, pessoas com SAOS (Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono), demência, doença terminal ou paliativa.

Resultados: Incluídos 6 estudos, com um total de 229 participantes. Identificadas cinco intervenções não farmacológicas promotoras da qualidade do sono.

Musicoterapia: I: Escutar música durante trinta minutos no período diurno; Instrumento de medida: Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ); O: Sono mais profundo, menos despertares e melhor qualidade de sono percebido (Hansen. I, et al. 2017);

Protocolo Quiet routine: I: Uso de tampões auriculares e vendas oculares (22:00h- 6:00h), ausência de visitas após as 22h, redução do volume de alarmes, diminuição da luminosidade, realização de procedimentos estritamente necessários, conversações evitadas; Instrumento de medida: Polissonografia; O: Sem eficácia demonstrada (equipa sensibilizada e com estratégias de redução de ruído implementadas) (Boyko,Y et al. (2017);

Tampões auriculares e vendas oculares: I Uso de tampões auriculares e vendas oculares (22:00h-7:00h); Instrumento de medida: polissonografia, actigrafia; RCSQ, Verran/Snyder Halpern sleep scale(VSH). O: Sem eficácia demonstrada (limitação do estudo: heterogeneidade da amostra) (Arttawejkul, P et al., 2020);

Aromoterapia: I: Inalação de óleo essencial de lavanda antes de dormir; Instrumento de medida: VSH; O: Redução do stress e melhoria da qualidade do sono;

Meditação guiada por realidade virtual: I: Visualização de vídeo por trinta minutos antes de dormir (21:00h-23:00h); Instrumento de medida: Korean Sleep Scale A e actigrafia; O: Melhoria da qualidade do sono objetivo e percebido, redução de despertares, aumento da profundidade e eficiência do sono.

Conclusão: As intervenções de aromaterapia e meditação guiada por realidade virtual mostraram-se eficazes e com forte força de evidência na promoção do sono na PSC. A intervenção de musicoterapia parece ter alguma eficácia, porém apresenta fraca força de evidência, validada pela fraca qualidade metodológica do estudo.

Descritores: sono, intervenções não farmacológicas, doente crítico.

Referências Bibliográficas:

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). (2020) JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI.

Arttawejkul, P., Reutrakul, S., Muntham, D., Chirakalwasan, N. (2020). Effect of nighttime earplugs and eye masks on sleep quality in intensive care unit patients. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, vol 24 issue 1, 2020.

Boyko, Y., Jennum, P., Nikolic, M., Holst, R., Oerding, H., Toft, P. (2017). Sleep in intensive care unit: The role of environment. *Journal of Critical Care* 37, 99-105, 2017.

Cho, E., Lee, M., Hur, M. (2017). The effects of aromatherapy on intensive care unit patients' stress and sleep quality: a nonrandomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2017.

Delaney, L., Haren, F. E., Lopez, V. (2015). Sleeping on a problem: the impact of sleep disturbance on intensive care patients, *Ann Intensive Care*, 5(3), 2-10.

Hansen, I., Langhorn, L., Dreyer, P. (2017). Effects of music during daytime rest in the intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurses*, vol 23, n4, 2017.

Hu, R. F., Jiang, X. Y., Chen, J., Zeng, Z., Chen, X. Y., Li, Y., Huining, X., & Evans, D. J. (2015). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015.

Joanna Briggs Institute (2013). *New JBI Levels of Evidence: Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party* October 2013.

Lee, S., Kang, J. (2020). Effect of virtual reality meditation on sleep quality of intensive care unit patients: A randomized controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*, 59, 2020.

Martin K.A. (2008) The effect of earplugs on perceived sleep quality of acute care patients. Montana state university: A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Nursing.

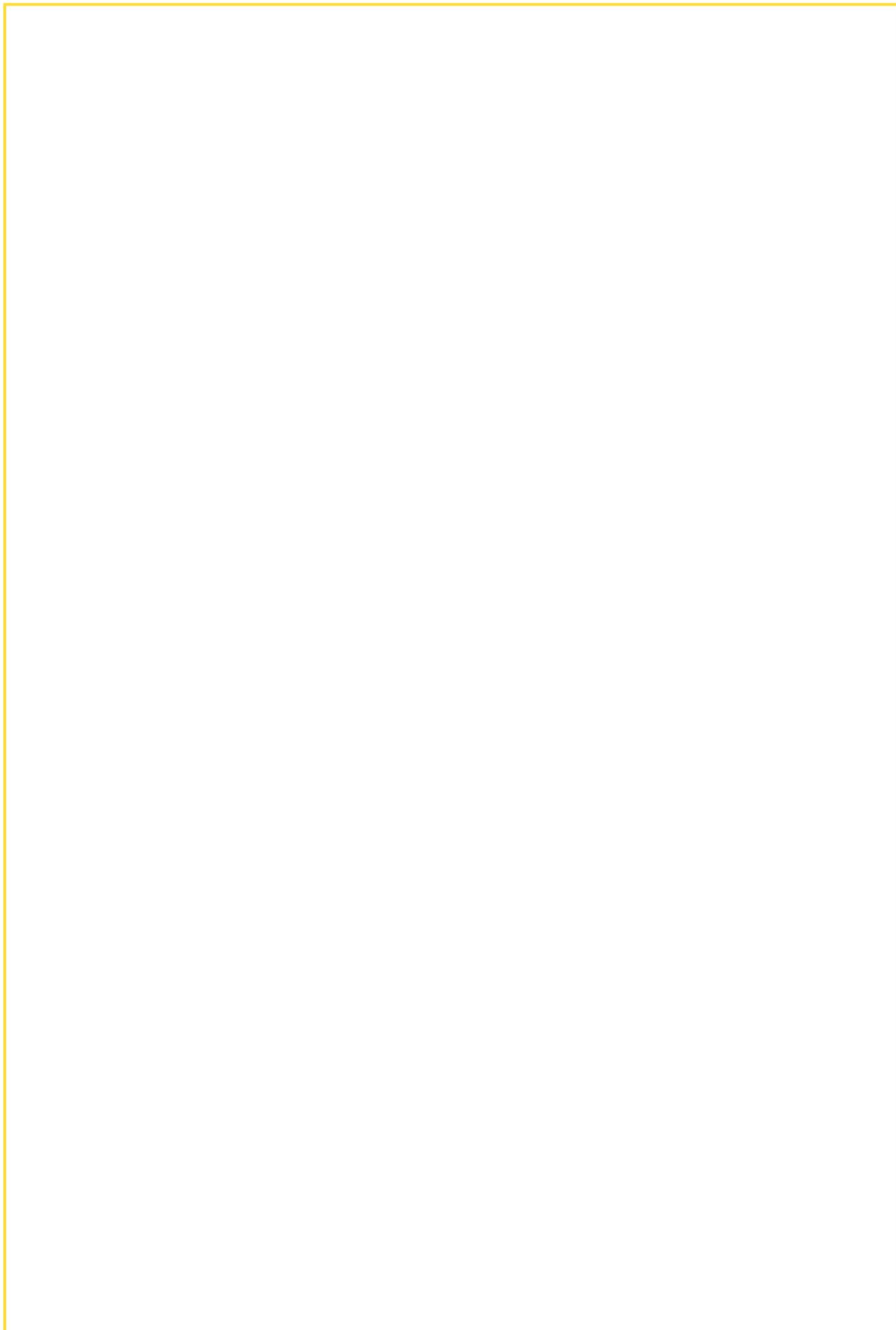
Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; the PRISMA Group. (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*;6(6): e1000097.

Pisani, M. A., Friese, R. S., Gehlbach, B. K., Schwab, R. J., Weinhouse, G. L., & Jones, S. F. (2015). Sleep in the intensive care unit. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 191(7), 731-738, 2015.

Silveira, D., Bock, LF., Silva, EF. (2012). Quality of sleep in intensive care units. *Journal of Nursing*, 6: 898-905, 2012.

Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. (2020) Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIC Manual for Evidence Synthesis*. JBI.

Yazdannik, A., Zareie, A., Hasanpour, M., Kashefi, P. (2014). The effect of earplugs and eye mask on patients' perceived sleep quality in intensive care unit. *Iranian Journal*



TÍTULO DO POSTER: Intervenções de Enfermagem para a Prevenção da Gravidez na Adolescência: Scoping Review.

AUTORES: Matilde Soares¹; Inês Pires¹; Inês Bento¹; Mariana Canedo¹; Cândida Ferrito²

1. Estudantes do 3.º ano do CLE13 da Escola de Enfermagem Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa
2. Docente na Escola de Enfermagem Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Introdução: A problemática da gravidez na adolescência é uma temática ainda discutida na atualidade, o que revela a importância desta revisão. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, em Portugal a gravidez na adolescência tem vindo a diminuir, sendo que de 2016 a 2020 passou de 2208 a 1773 casos de gravidez (INE, 2021). Apesar deste facto, continua a ser crucial o desenvolvimento de intervenções de enfermagem atualizadas e adequadas nesta área. Deste modo, foi formulada a seguinte questão: Quais as intervenções de enfermagem que visam a prevenção da gravidez na adolescência?.

Objetivo: Mapear na bibliografia quais as intervenções de enfermagem que previnem a gravidez na adolescência.

Método: Realizada scoping review de acordo com JBI, (Peters, et al., 2020). Feita pesquisa inicial nas bases B-on e Pubmed para identificar artigos sobre a temática da revisão. De seguida, foi realizada pesquisa na base de dados B-on com a seguinte expressão: “gravidez na adolescência” AND “intervenções” AND “prevenção”. Na base de dados Pubmed foi utilizada a expressão: “pregnancy” AND “adoloscence” AND “prevention”. Critérios de inclusão definidos de acordo com PCC, sendo que P - adolescentes de ambos os sexos entre os 13 e os 19 anos;

C - intervenções de enfermagem que previnem a gravidez; C - em qualquer contexto. Foram restringidos os estudos a texto integral, com um intervalo de datas compreendido entre 2010 e 2021 e definido o idioma português e inglês.

Resultados: Foram selecionados 6 artigos. Como principais resultados salientam-se as seguintes intervenções para a prevenção da gravidez: a promoção da utilização de métodos contraceptivos por parte dos adolescentes, (Gondim, et al., 2014); atividades educativas na área da saúde sexual e reprodutiva, através de palestras, debates, formações, meios audiovisuais (como por exemplo filmes e teatros) e jogos relacionadas com os riscos da gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis, (Gondim, et al., 2014; Praxades & Queiroz, 2018; Flora, Rodrigues, & Paiva, 2013; Nunes, Oliveira, Bezerra, Costa, & Vieira, 2014; Fernandes, Medeiros, Santos & Santos, 2020; Gurgel, Alves, Moura, Pinheiro, & Rego, 2010) e intervenções por meio de campanhas publicitárias impressas e distribuição de materiais, (Praxedes & Queiroz, 2018).

Conclusão: Esta revisão permitiu identificar quais as intervenções de enfermagem que previnem a gravidez na adolescência, sendo a escola o principal espaço de participação em atividades educativas sobre saúde sexual e reprodutiva, podendo ser esta temática trabalhada em todas as disciplinas. Efetivamente, as intervenções mais recorrentes nos artigos são as sessões de educação na área da saúde sexual e reprodutiva.

A consulta de enfermagem é também um recurso importante, pois constitui um espaço criativo, interativo e oportuno para o desenvolvimento de habilidades quanto à sexualidade e à prevenção da gravidez na adolescência. Desta forma, a presença do enfermeiro nos ambientes que atendem ou concentram adolescentes pode ser um grande diferencial para reduzir os índices de gravidez na adolescência, (Fernandes, Medeiros, Santos, & Santos, 2020). Com efeito, os resultados relataram um aumento do nível de conhecimento dos adolescentes sobre esta problemática e consequentemente uma menor exposição a fatores de risco.

Descritores: Adolescência; Gravidez Precoce; Intervenções de Enfermagem.

Referências Bibliográficas:

Fernandes, D., Medeiros, M., Santos, W.; & Santos, M. (16 de abril de 2020). Produção Científica de Enfermagem sobre a Gravidez na Adolescência: Revisão Integrativa. pp. 1- 15. doi:10.5294/aqui.2020.20.2.5.

Flora, M.; Rodrigues, R.; & Paiva, H. (10 de julho de 2013). Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. III, pp. 125-134. Obtido em 18 de maio de 2021, de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII122>.

Gondim, P.; Souto, N.; Moreira, C.; Cruz, M.; Caetano, F.; & Montesuma, F. (16 de novembro de 2014). Acessibilidade dos Adolescentes às Fontes de Informações sobre Saúde Sexual e Reprodutiva. pp. 50-53. Obtido em 18 de maio de 2021.

Gurgel, M.; Alves, M.; Moura, E.; Pinheiro, P.; & Rego, R. (dezembro de 2010). Desenvolvimento de Habilidades: Estratégia de Promoção de Saúde e Prevenção da Gravidez na Adolescência. pp. 640-646. Obtido em 18 de maio de 2021.

Instituto Nacional de Estatística. (6 de maio de 2021). Obtido em 11 de maio de 2021, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=pgi&selTab=tab10&xlang=pt.

Nunes, J.; Oliveira, E.; Bezerra, S.; Costa, P.; & Vieira, N. (setembro de 2014). Prática Educativa com Mulheres na Comunidade. *Prevenção da Gravidez na Adolescência*, pp. 1-8. Obtido em 18 de maio de 2021, de <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720140004500013>.

Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

Praxedes, M.; & Queiroz, M. (31 de dezembro de 2018). Efetividade de intervenções educativas sobre contracepção na adolescência: revisão sistemática da literatura. pp. 1- 11. doi:10.5216/ree.v20.51274.

TÍTULO DO POSTER: Vigilância de saúde infantil e juvenil: um Estudo de Caso Clínico.

AUTORES: Daniela Ambrósio¹; Fernanda Loureiro²

1. Aluna do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz
2. Professora Auxiliar no Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz.

Introdução: A vigilância de saúde das crianças segue as diretrizes do programa nacional de saúde infantil e juvenil (DGS, 2013) com realização de consultas de vigilância onde os enfermeiros identificam focos de atenção dos cuidados de enfermagem (FCE) e implementam as intervenções adequadas à situação.

Objetivo: Realizar o estudo aprofundado da situação de saúde de uma criança de 6 meses no contexto da consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil.

Método: Enquanto metodologia recorreu-se ao estudo de caso clínico (CC) que é amplamente utilizado na enfermagem como forma de compreender os fenómenos relacionados com indivíduos, grupos ou organizações (Andrade et al., 2017) e favorecer a análise de uma situação real com apropriação de conhecimentos (Galdeano et al., 2003). A população é constituída por todas as crianças que efetuam vigilância de saúde numa unidade de cuidados de saúde personalizados sendo selecionado um CC de forma intencional. A recolha de dados foi efetuada com recurso a entrevista semiestruturada, consulta do boletim de saúde e do processo clínico, exame físico e avaliação dos dados antropométricos e sinais vitais. Enquanto instrumentos foi utilizado o boletim de saúde, a plataforma informática bem como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Modificada (DGS, 2013; Sheridan, 2008).

Os dados foram tratados e analisados mediante o registo escrito com determinação de percentis e reflexão falada. Os princípios éticos foram cumpridos com obtenção do consentimento informado junto dos pais. A consulta decorreu durante o mês de janeiro de 2020.

Resultados: A criança tem 6 meses e 22 dias, sexo feminino e nacionalidade portuguesa. Foi uma gravidez mal vigiada com apenas 2 consultas de vigilância (32s e 36 s respetivamente). Apresenta alterações no desenvolvimento motor, já referenciada tendo cumprido a vigilância preconizada assim como o Plano Nacional de Vacinação. A consulta foi precedida de atividades de planeamento e organização (Fernandes & Andrade, 2020). Entre os FCE identificados, segundo a classificação internacional para a prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2016) salienta-se o papel parental. As intervenções implementadas visaram as necessidades físicas da criança, a segurança e o desenvolvimento, o comportamento e a estimulação da criança. Efetivou-se a orientação para comportamentos promotores de saúde, para cuidados antecipatórios e foi agendada a próxima consulta.

Conclusão: Foi possível operacionalizar a consulta de enfermagem utilizando o processo de enfermagem sendo as intervenções adequadas e adaptadas a esta criança e família específicas. O estudo aprofundado permitiu compreender o CC e evidenciar a importância do enfermeiro como promotor de saúde.

Descritores: Relatos de caso; saúde da criança; enfermagem pediátrica.

Referências Bibliográficas:

Andrade, S. R. de, Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 5360016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>.

DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. DGS. www.dgs.pt.

Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Nas consultas de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários. In A. L. C. Ramos & M. do C. Barbiéri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 86-94). Lidel.

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. Ma. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE - Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta.

Sheridan, M. D. (2008). *From birth to five years*. Routledge.

TÍTULO DO POSTER: A eficácia da Apiterapia na melhoria de qualidade de vida de pessoas com Doença Autoimune: Revisão Sistemática da Literatura.

AUTORES: Beatriz Bexiga¹; Mafalda Couto¹; Margarida Piques¹; Madalena Pires¹; Rita Fagundes¹; Rita Quintela¹; Cristina Marques-Vieira²

1. Estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do ano letivo 2020/2021.
2. Doutora em Enfermagem, Professora Auxiliar Docente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, Investigadora Integrada do CIIS.

Introdução: É crescente o reconhecimento internacional dos produtos das abelhas como potencialmente úteis para diversas terapias. Apiterapia corresponde a uma técnica de medicina natural baseada essencialmente no uso e aplicação de veneno de abelha, a fim de obter benefícios terapêuticos no corpo humano. Apresenta importância terapêutica e biológica para o ser humano, como também, a utilização e manipulação da Apitoxina no tratamento de doenças dermatológicas, hematológicas, otorrinolaringológicas, pulmonares, osteoarticulares, cardíacas, neurológicas, degenerativas, endocrinológicas, genito-urinárias, digestivas, autoimunes, imunológicas, psicológicas e infecciosas. Partiu-se da questão: “Qual a eficácia da Apiterapia na qualidade de vida de pessoas com doença autoimune?”

Objetivo: Identificar artigos científicos sobre a Apiterapia na qualidade de vida de pessoas com doenças autoimunes.

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática de Literatura de Evidência de Eficácia. Definiram-se critérios de inclusão: artigos com método científico publicados entre janeiro de 2010 até abril de 2021, em língua portuguesa, inglesa e espanhola; estudos disponíveis na íntegra que preenchessem o critério

de elegibilidade PICO (Pessoas com Doença Autoimune, Apiterapia, Sem comparação, Perceber a eficácia da Apiterapia no auxílio da qualidade de vida, respetivamente), segundo a Joanna Briggs Institute (JBI). Realizou-se a pesquisa nas bases de dados Google Académico (PubMed e Scielo) e B-on, com a fórmula de pesquisa: “Apiterapia” OR “Apitoxina” AND “Doenças Autoimunes”. Da pesquisa realizada obteve-se 258 estudos, recorreu-se ao PRISMA5 para a sua identificação, seleção, elegibilidade e inclusão. A seleção e inclusão dos estudos foi realizada por dois investigadores independentes, que em consideração o objetivo e a questão de pesquisa, confrontaram os resultados obtidos, etapa por etapa.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 7 artigos. Quanto ao país são provenientes do Brasil (n=6). e Colômbia (n=1). Referente ao tipo de estudos, obteve-se Revisões Sistemática da Literatura (n=4), Revisões Integrativas da Literatura (n=2) e Estudo Descritivo Quantitativo de Coorte Longitudinal (n=1). Por fim, respeitante ao ano de publicação 2010 (n=1), 2012 (n=1), 2013 (n=1), 2015 (n=1), 2017 (n=1), 2018 (n=1) e 2020 (n=1).

A Apiterapia, nomeadamente a Apitoxina e os componentes que a constituem, apresenta aplicabilidade terapêutica em virtude das suas propriedades biológicas, com destaque para a sua ação anti-inflamatória, analgésica, cicatrizante, anti-iatrogénica, hépatoprotetora, anticancerígena e neuro-protetora. Com o uso de antagonistas específicos, o veneno da abelha proporciona alívio seletivo das respostas de dor mecânica, inflamatória e visceral.

O veneno de abelha pode ser utilizado clinicamente para o alívio da dor envolvida no desenvolvimento ou progressão de doenças inflamatórias, como artrite e reumatismo. É contraindicada para indivíduos diabéticos, hemofílicos, insuficientes renais, mulheres grávidas e alérgicos, sendo indispensável uma abordagem rigorosa para a prevenção de possíveis reações alérgicas, seguindo um protocolo. Como limitações desta revisão sistemática da literatura de eficácia, não foi realizada a última etapa que constitui a avaliação da qualidade metodológica dos artigos incluídos.

Conclusão: A Apiterapia reduz os sintomas das doenças autoimunes, em especial no alívio da dor, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida. Contudo este tratamento ainda está em desenvolvimento, sendo necessários maiores conhecimentos sobre as diferentes patologias que a Apitoxina atua e a sua garantia quanto à alergenicidade. A Apitoxina é um produto apícola com largo potencial de aplicabilidade terapêutica.

Descritores: Apiterapia, Apitoxina, Doença Autoimune, Revisão Sistemática.

Referências Bibliográficas:

Almeida, F., Cunha, M., Queiroga, E., Silva, R. & Maracajá, P. (2017). A utilização da Apitoxina na Apiterapia e seus efeitos no tratamento de patologias. *Acta Apicola Brasilica*, 5(1), 16-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18378/aab.v5i1.5597>.

Dantas, C., Nunes, T., Nunes, T., Gomes, M. & Gramacho, K. (2013). Apitoxina: coleta, composição química, propriedade biológicas e atividades terapêuticas. *Revista Ibero-Americana de Ciências Ambientais*, 4(2), 127-150. Aquidabã.

Filho, E., Magalhães, F., Machado, A. & Costa, R. (2015). Apitoxina e sua atividade anti-inflamatória e anti-nociceptiva. *Acta Apicola Brasilica*, 2(2), 12-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18378/aab.v2i2.3737>.

Gonçalves, A., Araújo, N., Ferlon, P., Cunha, T., Sousa, M. & Maracajá, P. (2018). Efeitos da Apitoxina e da geleia real sobre o sistema nervoso central. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 8(4), 25-29. Disponível em: <https://doi.org/10.18378/rebes.v8i4.6322>.

Moher D, Liberati A & Tetzlaff J, A. D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>.

Moreira, D. R. (2012). Apiterapia no tratamento de patologias. *Revista F@ciência*, 9(4), 21-29. Apucarana.

Silvano, A., Da Silva, K., Frade, R. & Ribeiro, M. (2020). Uso da Apitoxina como recurso terapêutico para a artrite reumatoide: uma revisão integrativa. *Revista NBC*, 10 (19), 108-125. Belo Horizonte.

TÍTULO DO POSTER: A eficácia da aromaterapia como intervenção de Enfermagem no alívio da dor no adulto e idoso em Cuidados Paliativos: Revisão Sistemática da Literatura.

AUTORES: Bárbara Marques¹; Maria Inês Silva¹; Ângela Mendes¹; Joana Pauleta¹; Inês Silva¹; Isabel Marçal¹; Daniela Mendes¹; Cristina Marques-Vieira²

1. Estudantes do 4º ano do 12º CLE da Escola de Enfermagem Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa;
2. Doutora em Enfermagem. Professora Auxiliar na EEL, do ICS da UCP. Investigadora integrada no CIIS.

Introdução: A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, e a sua gestão deve ser uma prioridade na prestação de cuidados de enfermagem. Sendo a dor um fenómeno frequente em Cuidados Paliativos, é pertinente analisar estratégias de controlo e gestão da dor, como é o caso da Aromaterapia. A aromaterapia, uso de óleos essenciais para auxiliar a manutenção da saúde, contribui para uma abordagem integral e holística à pessoa cuidada. Cientes da utilização desta terapia na prestação de cuidados de enfermagem, surge a questão de investigação: “A aromaterapia é eficaz como intervenção de Enfermagem no alívio da dor, no adulto e no idoso, em Cuidados Paliativos?”.

Objetivo: Identificar o conhecimento científico existente sobre a eficácia da aromaterapia como Intervenção de Enfermagem no alívio da dor, no adulto e idoso, em Cuidados Paliativos.

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura. A pesquisa foi desenvolvida nas bases de dados B-On, PubMed e Google Académico, recorrendo à fórmula de pesquisa “Aromaterapia AND Dor AND Cuidados Paliativos AND (Adulto OR Idoso) AND Cuidados de Enfermagem” e considerando a janela temporal entre janeiro de 2011 e 3 de maio de 2021.

Os critérios de inclusão foram toda evidência científica que abordasse intervenções de Enfermagem dirigidas à pessoa adulta e/ou idosa com dor, em contexto de cuidados paliativos. Foram considerados apenas textos disponíveis na íntegra, em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Obteve-se uma população de 338 estudos, que foram avaliados por 2 investigadores, de forma independente, e que etapa a etapa confrontavam os resultados e em caso de discordância passavam para a etapa seguinte.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 7 estudos. Quanto ao tipo de estudos: Revisões Sistemáticas da Literatura (n=3), Desenho Pré Experimental (n=1) e Artigos de Opinião de Peritos da Área (n=3). Todos os artigos encontram-se escritos em língua inglesa, porém, produzidos nos Estados Unidos da América (n=3), Finlândia (n=1), Índia (n=1), Reino Unido (n=1) e Canadá (n=1), e foram publicados em 2020 (n=3), 2012 (n=1), 2014 (n=1), 2015 (n=1) e 2017 (n=1).

Todos os estudos (n=7) demonstraram valorizar a aromaterapia enquanto terapia complementar que apresenta resultados positivos no alívio da dor, e alguns especificam o contexto de Cuidados Paliativos (n=5). É implementada em diversos países como intervenção de enfermagem, e em particular, como uma estratégia para o alívio da dor. Vários autores referem que ainda não se conhecem todos os riscos e benefícios associados à utilização desta terapia, no âmbito do alívio da dor em Enfermagem, pelo que é reforçada a necessidade e a importância da produção de mais evidência científica.

Conclusão: A aromaterapia pode considerar-se uma terapia complementar promissora a ser utilizada no alívio da dor, e em particular Cuidados Paliativos. É uma prática que, em Portugal, poderá contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem de maior qualidade. Porém, são necessários novos estudos a fim de estabelecer maiores níveis de evidência e, assim, validar os benefícios e riscos do uso desta terapia.

Descritores: Aromaterapia; Dor; Adulto; Enfermagem, Revisão Sistemática.

Referências Bibliográficas:

Apóstolo, J. L. A. (2015). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 154-162.

Candy, B., Armstrong, M., Flemming, K., Kupeli, N., Stone, P., Vickerstaff, V., & Wilkinson, S. (2020). The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: A systematic review. *Palliative Medicine*, 34(2), 179-194.

Cooksley, V. (2020). Examining the Evidence of Aromatherapy Practice in Nursing and its Most Prevalent Applications. *Beginnings*, 40(4), 6-28.

Farrar, A. J., & Farrar, F. C. (2020). Clinical Aromatherapy. *The Nursing Clinics of North America*, 55(4), 489-504.

Halcón, L. L. (2014). Aromatherapy. Em R. Lindquist, M. Snyder, & M. F. Tracy, *Complementary & Alternative therapies in nursing* (pp. 323-344). New York: Springer.

Koo, M. (2017). A bibliometric analysis of two decades of aromatherapy research. *BMC Research Notes*, 10(46), 1-9.

Valo, E. (2012). Pain Management of a cancer patient in palliative care: A systematic review. Disponível em: <https://www.theseus.fi/handle/10024/51971>.

Vanaja, R. (2015). Effectiveness of aromatherapy on joint pain and depression among elderly. The Tamil Nadu Dr. M.G.R Medical University Chennai.

TÍTULO DO POSTER: A eficácia da auriculoterapia na redução do stress em Enfermeiros: Revisão Sistemática da Literatura.

AUTORES: Leonor Pais¹; Ana Dias¹; Fátima Marques¹; Marta Paulo¹; Isabel Seixas¹; Mariana Correia¹; Joana Sousa¹; Cristina Marques-Vieira²

1. Estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.
2. Doutora em Enfermagem. Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Investigadora Integrada no CIIS.

Introdução: A auriculoterapia é uma das práticas da Medicina Tradicional Chinesa, que utiliza o ponto do pavilhão auricular para tratar distúrbios físicos, psíquicos e mentais. Os Enfermeiros que estão submetidos, diariamente, a altos níveis de stress podendo, não só prejudicar a sua saúde como a prestação de cuidados. A auriculoterapia é eficaz, na redução dos níveis de stress, porque as células criam centros regionais de informação que representam diferentes partes do corpo, ou seja, quando se estimula o ponto reflexo da orelha, ocorre uma ação de alívio de sintomas em partes distantes do corpo. Partiu-se da questão de investigação: A auriculoterapia é eficaz na redução do stress em Enfermeiros?

Objetivo: Identificar artigos científicos que abordem a eficácia da auriculoterapia na redução do stress em Enfermeiros.

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Eficácia. Definiram-se como critérios de elegibilidade: Idioma: Português, Inglês, Espanhol; Artigos publicados entre janeiro de 2010 a fevereiro de 2021; Estudos primários; Experimentais; Revisões Sistemáticas da Literatura; Estudo de Caso; Estudos secundários (revisões integrativas e scoping review), que preenchessem o

critério de elegibilidade, segundo Joanna Briggs Institute (JBI)⁵ para o acrónimo PICO (Enfermeiros; Auriculoterapia; Sem Comparação; Redução do Stress, respetivamente). A pesquisa foi realizada durante o mês de março nas bases de dados: B-On, PubMed Central e Scielo, utilizando a fórmula de pesquisa (Auriculotherapy AND Nurs* AND Stress). Da pesquisa obteve-se 552 estudos, que foram avaliados por 2 investigadores, de forma independente, e que etapa a etapa confrontavam os resultados e em caso de discordância passavam para a etapa seguinte. Recorreu-se ao PRISMA como forma de identificação, extração e análise de dados.

Resultados: Dos artigos obtidos, quanto ao país, estes eram todos do Brasil (n=5). Relativamente ao ano de publicação foram publicados em 2012 (n=1), em 2014 (n=1), em 2015 (n=1), em 2017 (n=1) e em 2018 (n=1). Destes artigos, verificou-se a existência de Ensaios Clínicos Controlados-Randomizados (n=5). Constatou-se uma diminuição dos níveis de stress, para o grupo que realizou auriculoterapia por agulhas. A realização da auriculoterapia reduziu os níveis de stress em 43%. Demonstrou-se que em ambos os grupos (com e sem protocolo) houve uma diminuição média a elevada nos níveis de stress, após sessões de auriculoterapia.

Conclusão: A auriculoterapia demonstrou ser eficaz na redução do stress nos Enfermeiros. No entanto, ainda é uma temática pouco abordada pela comunidade científica, pelo que se recomenda a realização de mais estudos.

Descritores: Auriculoterapia, Enfermeiros, Stress, Revisão Sistemática.

Referências Bibliográficas:

Kurebayashi, L. F. S., Gnatta, J. R., Borges, T. P., & Silva, M. J. P. da (2012). Applicability of auriculotherapy in reducing stress and as a coping strategy in nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 980- 987. Consultado em 23 de março de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500021>.

Kurebayashi, L. F. S., Turrini, R. N. T., Souza, T. P. B. de, Marques, C. F., Rodrigues, R. T. F., & Charlesworth, K (2017). Auriculotherapy to reduce anxiety and pain in nursing professionals: a randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-9. Consultado em 23 de março de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1761.2843>.

Prado, J. M. do, Kurebayashi, L. F. S., & Silva, M. J. P. da (2018). Experimental and placebo auriculotherapy for stressed nurses: randomized controlled trial. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 52, 1-8. Consultado em 23 de março de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017030403334>.

Kurebayashi, L. F. S., & Silva, M. J. P. da (2015). Chinese auriculotherapy to improve quality of life of nursing team. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 117- 123. Consultado em 23 de março de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680116p>.

Apóstolo, J. L. A (2015). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *International Journal of EvidenceBased Healthcare*, 13(3), 154-162.

Kurebayashi, L. F. S., & Silva, M. J. P. da (2014). Efficacy of Chinese auriculotherapy for stress in nursing staff: a randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 371-378.

TÍTULO DO POSTER: O conceito de culpa no pós- cuidador: a *Scoping Review*.

AUTORES: Hugo Reis¹; Sérgio Deodato¹

1. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa); Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: A ‘culpa’ apresenta-se como uma experiência presente nas narrativas do luto nos pós-cuidadores (Larkin, 2009), muito embora pouco se saiba sobre a natureza da experiência na trajetória do pós- cuidar (Afonso et al., 2015). Compreender o fenómeno da ‘culpa’ na população e contexto visados poderá contribuir, assim, para o desenvolvimento de conhecimento científico relativo à problemática apresentada, sendo que a especial atenção atribuída ao seu estudo é justificada pela própria relação intrínseca entre a ‘culpa’ e outras condições complexas e nefastas - tais como o luto complicado e a depressão (Harrop et al., 2016; Martz & Morse, 2017). Contudo, o estudo da ‘culpa’ apresenta-se como um desafio major. Tal é justificado pela forma divergente em como o termo é por vezes definido na própria literatura científica (Camacho, Pérez & Gordillo, 2020).

Objetivo: Mapear o conceito de culpa no pós-cuidador.

Método: Realizou-se uma *scoping review*, metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020).

A estratégia de pesquisa e a seleção de dados contemplou as seguintes bases de dados: by EBSCOHost: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing and Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane

Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MediciLatina; PubMed (NLM); SciELO e LILACS. Estudos não publicados ou provenientes de literatura cinzenta foram identificados na OpenGrey, RCAAP e no Banco de teses da CAPES (Brasil). A pesquisa foi realizada por título e resumo. As equações de pesquisa foram adaptadas às diferentes bases de dados, mobilizando os seguintes termos de pesquisa: *Caregivers/ Carers/ Family Caregivers/ Informal caregivers/ Former carers/ Postcaregivers; Guilt**; *Bereavement/ Grief/ Mourning* (língua inglesa); *Cuidadores/ Cuidador/ Cuidadores familiares/ Cuidadores informais/ Pós- cuidadores; Culpa; Luto/ Pesar* (língua portuguesa).

A inclusão de estudos englobou todas as metodologias possíveis. Estudos sobre a culpabilidade e/ou sobre o exercício de conduta danosa por parte de profissionais de saúde foram excluídos. Não foram definidos limites temporais.

Os resultados foram relatados e apresentados em diagrama de fluxo de itens de relatório preferencial para revisões sistemáticas e meta-análises para *scoping reviews* PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Resultados: Dos 7 artigos elegíveis, apenas 2 apresentaram definições de ‘culpa’. No primeiro, referente ao estudo de Mullan (1992), o autor define ‘culpa’ apenas na sua forma comum emergente da literatura. O segundo estudo, de Martz & Morse (2017), nomeia a definição de culpa no luto de Li, Stroebe, Chan, & Chow (2013).

Após a realização de uma análise ao próprio artigo proposto por Li, Stroebe, Chan & Chow (2013), concluiu-se que, muito embora seja sugerida uma definição concreta, a mesma não é

clara no que diz respeito à sua relação com a definição de 'pós- cuidador'.

Conclusão: Não foi possível identificar uma definição clara e inequívoca de 'culpa no pós- cuidador'. Recomenda-se a realização de estudos assentes numa metodologia de construção de conceitos, com fundamental recurso à mobilização de uma amostra considerável para o efeito - e tendo como base a definição de 'pós- cuidador' proposta por Larkin (2009).

Descritores: Culpa; Luto, Pós- cuidador.

Referências Bibliográficas:

Afonso, C., Rebelo Botelho, M. Henriques, A. & D'Espiney, L. (2015). Post Caregiver Experience in the Reconstruction of Everyday Life. *Journal of Aging & Innovation*, 4 (3): 13 - 29

Camacho, D., Pérez-Nieto, M., & Gordillo, F. (2020). Guilt and Bereavement: Effect of the Cause of Death, and Measuring Instruments. *Illness Crisis and Loss*, 28(1), 3-17, doi: <https://doi.org/10.1177/1054137316686688>.

Harrop, E., Morgan, F., Byrne, A., & Nelson, A. (2016). "It still haunts me whether we did the right thing": A qualitative analysis of free text survey data on the bereavement experiences and support needs of family caregivers Psychosocial. *BMC Palliative Care*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0165-9>.

Larkin, M. (2009). Life after Caring: The Post-Caring Experiences of Former Carers. *British Journal of Social Work*, 39(6), 1026-1042s doi: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcn030>.

Li, Jie & Stroebe, M.s & Chan, Cecilia & Chow, Amy. (2013). Guilt in Bereavement: A Review and Conceptual Framework. *Death studies*. 38. 165-71. 10.1080/07481187.2012.738770.

Martz, K., & Morse, J. M. (2017). The Changing Nature of Guilt in Family Caregivers: Living Through Care Transitions of Parents at the End of Life. *Qualitative health research*, 27(7), 1006-1022. <https://doi.org/10.1177/104973231664935>.

Mullan J. T. (1992). The bereaved caregiver: a prospective study of changes in well-being. *The Gerontologist*, 32(5), 673-683. <https://doi.org/10.1093/geront/32.5.673>.

Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco A. & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Retrieved from <https://synthesismanual.jbi.global>.

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473, doi: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.

TÍTULO DO POSTER: Capacitar para Proteger: Um Projeto de Aprendizagem em Serviço.

AUTORES: Filipa Veludo¹, Gonçalo Garcia², Mariana Gonçalves², Mariana Batista³, Mafalda Couto³, Teresa Rasquilho Vidal⁴, Liliana Braguez⁵, Cristina Marques-Vieira⁸

1. Prof.^a Assistente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutora em Enfermagem. Mestre em Ciências da Educação. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Médico-Cirúrgica. Título de Especialista DL 206/09. Investigadora do CIIS. Membro do NANDA-I Portugal Network Group. Membro do Projeto Capacitar para Proteger.

2. Estudantes do 3^a ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Membro do Projeto Capacitar para Proteger.

3. Estudantes do 4^a ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Membro do Projeto Capacitar para Proteger.

4. Professora Ajunta da Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem Comunitária. Título de Especialista pelo CC do ICS-UCP. Mestre em Ciências de Enfermagem. Membro do Projeto Capacitar para Proteger.

5. Professora Ajunta da Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Título de Especialista pelo CC do ICS-UCP. Mestre em Ciências de Enfermagem. Membro do Projeto Capacitar para Proteger.

6. Prof.^a Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutora em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Coordenadora da Área Científica de Enfermagem de Reabilitação. Título de Especialista DL 206/09. Investigadora Integrada do CIIS. Membro do NANDA-I Portugal Network Group. Coordenadora do Projeto Capacitar para Proteger.

Introdução: Este projeto pretende desenvolver, nos estudantes, competências no âmbito da promoção da literacia em saúde na comunidade. Emerge de necessidades identificadas na população,

capacitando-a para práticas seguras, no âmbito da promoção da saúde. Nasceu em março de 2020, no início da pandemia COVID-19, com o objetivo de capacitar a população na prevenção da COVID-19, nomeadamente no incremento de práticas conscientes que promovam um ambiente seguro e previnam a transmissão da doença (Guo, Y. et al, 2020).

Poderá evoluir para outras problemáticas em saúde de acordo com as necessidades identificadas na comunidade, com a manutenção do foco, que é o desenvolvimento de competências dos estudantes.

Método: Recorre-se à Metodologia Aprendizagem em Serviço, com recurso à reflexão crítica dos estudantes, mediada por princípios éticos e de responsabilidade social.

Resultados: Com base nas necessidades identificadas planeiam-se as atividades formativas, adaptadas a contextos específicos (como é exemplo, estruturas residenciais para idosos (ERPI); serviço de apoio domiciliário (SAD); creches, infantários e pré-escolar; e instituições de ensino (básico, secundário e superior). Os conteúdos das formações foram sistematizados em itens comuns a todos os contextos formativos (Introdução à COVID-19 e Higienização das mãos) (Guo, Y. et al, 2020; DGS, 2010) e em itens adaptados a cada realidade social, consoante a sua aplicabilidade no quotidiano de cada grupo alvo (Equipamentos de proteção individual, Ambiente de trabalho/universitário seguro e Ser profissional/estudante) (DGS, 2020a; DGS, 2020c; DGS, 2020e; DGS, 2020 DGS, 2020f).

Estas formações são planeadas e realizadas pelos estudantes, distribuídos pelos principais conteúdos programáticos e a discussão final com os formandos é partilhada entre estes e os professores, que orientam todo o processo.

Com recurso a estratégias de pesquisa os conteúdos são integrados/atualizados com base em orientações nacionais e internacionais de entidades competentes e de reconhecido mérito (Direção Geral de Saúde, Organização Mundial de Saúde, Center of Disease Control, entre outras), assim como em documentos normativos que sistematizam os principais conteúdos funcionais dos formandos envolvidos em cada contexto. A orientação científica e pedagógica é implementada em momentos de parceria com os estudantes, com treino de competências comunicacionais inerentes ao processo formativo.

As formações são direcionadas a entidades parceiras, de acordo com os setores de atividades económicas de maior risco na transmissão de SARS-CoV-2 (DGS, 2020b; DGS, 2020d; UCP, 2020).

Conclusão: A aprendizagem é transversal a todo o processo com reflexão sobre a experiência vivida. Ao longo do percurso do estudante no presente projeto, dado o dinamismo entre estudantes e comunidade, desenvolvem-se competências académicas inerentes à sua formação enquanto pessoa e profissional. Pelo envolvimento do estudante em problemáticas sociais concretas, desenvolve-se o conhecimento com o compromisso ativo do estudante na comunidade.

Descritores: Enfermagem; Programa de Prevenção e Riscos no Ambiente de Trabalho; Planos e programas de saúde; Aprendizagem.

Referências Bibliográficas:

Direção Geral de Saúde (DGS) (2010) Circular Normativa. 13/DQS/DSD. Obtido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsdsd-de-14062010-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2020a) Norma 014/2020: Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Limpeza e desinfeção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares. Obtido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142020-de-21032020-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2020b). Informação nº 009/2020: Orientação nº 024/2020: COVID-19 Regresso ao Regime Presencial dos 11º e 12º Anos de Escolaridade e dos 2º e 3º Anos dos Cursos de Dupla Certificação do Ensino Secundário. Obtido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242020-de-08052020-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2020c). Norma 007/2020. Obtido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>.

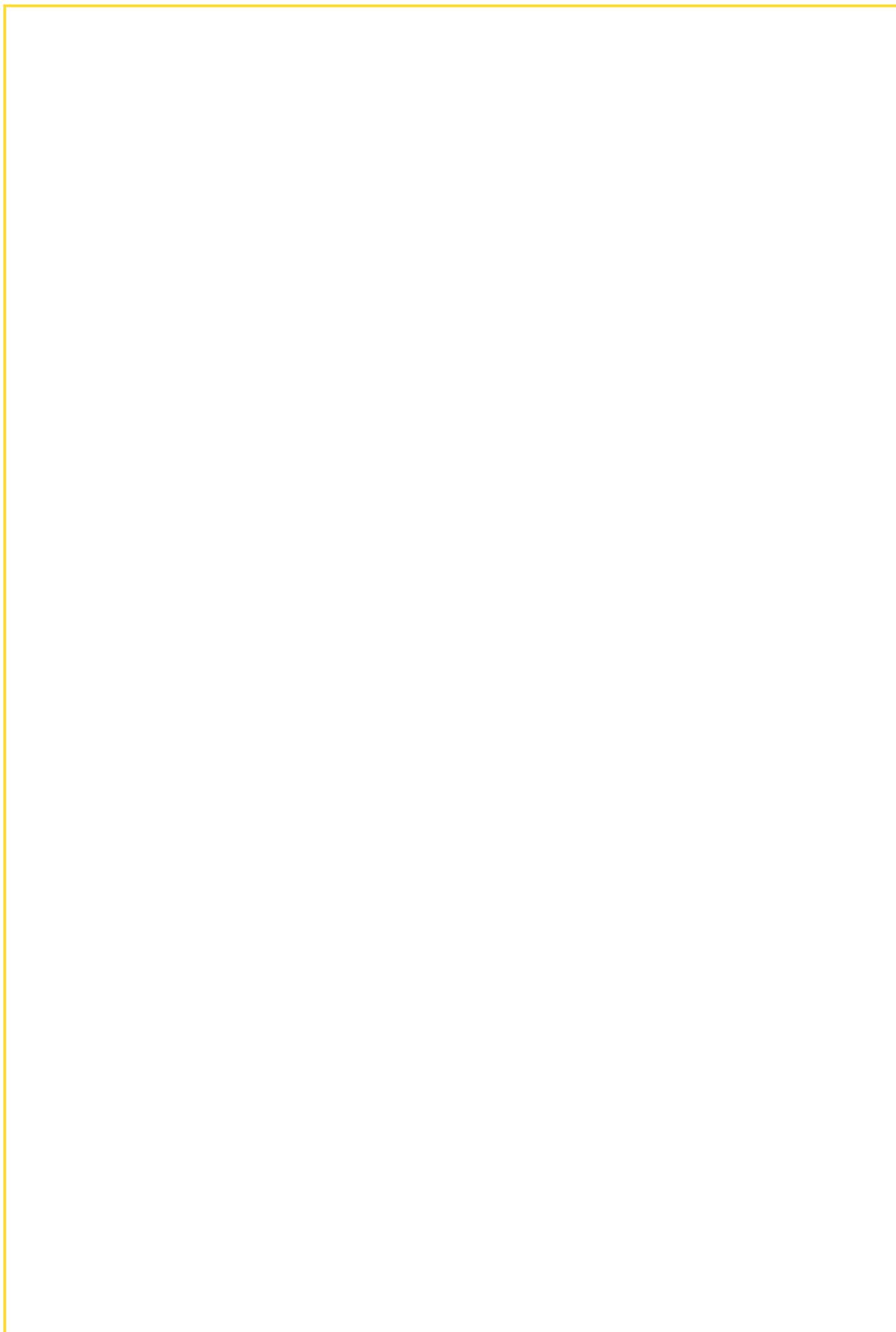
Direção Geral de Saúde (DGS) (2020d). Norma 011/2020. Obtido em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/Informacao_N11-2020.pdf.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2020e). Norma 019/2020. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0192020-de-03042020-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde DGS. (2020f). Orientação 010/2020. Obtido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102020-de-16032020-pdf.aspx>.

Guo, Y., Cao, Q., Hong, Z., Tan, Y., Chen, S., Jin, H., Tan, K., Wang, D. & Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 outbreak - an update on the status. *Military Medical Research*, 2-10. Doi: 10.1186/s40779-020-00240-0.

Universidade Católica Portuguesa (UCP) (2020). Manual de Boas Práticas. Lisboa: UCP. Obtido em: <https://www.ucp.pt/sites/default/files/2021-04/ManualBoasPraticasLisboa.pdf>.



TÍTULO DO POSTER: Adesão à *bundle* da prevenção de infeção do local cirúrgico.

AUTORES: Ana Lúcia Fernandes Barreto¹

1. Exerce funções no serviço de cirurgia geral e hepatobiliopancreático no Hospital Curry Cabral - CHULC

Introdução: A infeção do local cirúrgico (ILC) apresentou em Portugal uma prevalência de 18% enquanto a nível europeu o seu valor foi mais baixo (DGS, 2012). A existência de infeções é responsável pelo aumento de complicações com repercussões no aumento de custos económicos das instituições, mas também a nível pessoal, familiar, laboral e social das pessoas com ILC (DGS, 2012).

Para reduzir a ILC foi implementada a *bundle* da prevenção de infeção do local cirúrgico, na qual devem ser cumpridas um conjunto de 5 intervenções que são o banho pré-cirúrgico, a avaliação e controlo da temperatura corporal e da glicemia capilar, a tricotomia e a profilaxia antibiótica (DGS, 2013). Estima-se, que com estas medidas se consiga prevenir 60% das ILC (DGS, 2016).

O não cumprimento de uma intervenção deixa a eficácia da *bundle* comprometida.

O enfermeiro tem um papel essencial na implementação da *bundle*. Perante isso, pretendeu-se investigar: Qual a adesão à *bundle* da prevenção de infeção do local cirúrgico num serviço de cirurgia?

Objetivo: Avaliar a adesão à *bundle* da prevenção de infeção do local cirúrgico num serviço de cirurgia.

Método: O estudo é do tipo descritivo de abordagem quantitativa, retrospectivo e transversal. A população é o processo dos doentes operados. A amostra é a informação recolhida através dos processos de 422 doentes que foram operados num serviço de cirurgia de um hospital de Lisboa.

Tendo sido obtida autorização do diretor do serviço para a realização do estudo.

Resultados: A *bundle* ajuda no combate e diminuição da ILC. Mas estas devem ser integradas no momento recomendado para serem eficazes.

No período pré-operatório, 97% dos doentes efetuaram o banho pré-cirúrgico na véspera e no dia da cirurgia com clorexidina 2%. Verificou-se que, em 46,2% dos casos, o banho pré-cirúrgico foi efetuado até 2 horas antes da incisão cirúrgica.

A temperatura corporal foi avaliada em 61,8% dos casos, tendo apresentado temperatura superior ou igual a 35,5°C em 63,2%.

A avaliação da glicemia capilar foi efetuada em 63,7% dos casos, sendo que destes 95,9% dos valores foram inferiores ou iguais a 180 mg/dl.

A realização da tricotomia antes da cirurgia foi realizada em 51,7% dos casos e apenas 47,2% até 2 horas antes da cirurgia. E o método usado foi a máquina de tricotomia.

Durante o intra-operatório, 97,4% foi administrado antibiótico como profilaxia e em 79,6% o antibiótico escolhido foi a cefazolina. Sendo que 96,1% dos casos, a profilaxia antibiótica foi administrada até 60 minutos antes da incisão cirúrgica. O reforço da profilaxia antibiótica ocorreu em 32,8% das cirurgias.

No pós-operatório a avaliação da temperatura foi realizada em 72,5% dos casos e destes 51,0% obtiveram valores de temperatura inferiores ou iguais a 35,5°C.

A avaliação da glicemia capilar foi efetuada em 86,3% dos casos, em que 81,9% das situações com valores de glicemia capilar inferior a 180 mg/dl.

Conclusão: Em conclusão, verificou-se que os procedimentos da bundle tiveram diferentes níveis de adesão no período pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório, podendo a formação ser uma ótima estratégia para alterar esses resultados.

Descritores: Bundle, Prevenção; Infecção do local cirúrgico (ILC).

Referências Bibliográficas:

DGS (2012). Normas clínicas graus de recomendação e níveis de evidência. Lisboa: DGS.

DGS (2015). Norma nº 020/2015: “Feixes de intervenção” de Prevenção de Infecção de local Cirúrgico. Lisboa: DGS.

DGS (2016). Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números - 2015.

TÍTULO DO POSTER: A Meditação como Intervenção de Enfermagem na Ansiedade em Adultos: Revisão Sistemática da Literatura.

AUTORES: Mariana Batista¹; Bruno Quadrado¹; Sara Cardoso¹; Joana Pereira¹; Daniela Monteiro¹; Bruno Fragoso¹; João Lebre¹; Cristina Marques-Vieira²

1. Estudantes finalistas da Escola de Enfermagem de Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.
2. Docente da Escola de Enfermagem de Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: A meditação é uma terapia integrativa que promove a ligação entre a mente, o corpo e o espírito. Corresponde a várias atividades que integram processos de promoção do relaxamento, tais como: técnicas de respiração, repetição de sons, reflexão sobre o processo de pensamento com o objetivo de focar a atenção e promoção de um estado de consciência e de calma interior. Atualmente, os profissionais de saúde consideram a meditação como uma alternativa para gerir o stress, reduzir a ansiedade e, conseqüentemente, contribuir para a manutenção da saúde mental. No entanto, existe incerteza relativamente ao efeito da meditação na diminuição da ansiedade.

Deste modo, a presente revisão sistemática da literatura pretende responder à seguinte questão “A meditação é uma intervenção eficaz para o Diagnóstico de Enfermagem Ansiedade nos Adultos?”.

Objetivo: Identificar estudos científicos que abordem a meditação como intervenção para o Diagnóstico de Enfermagem Ansiedade nos Adultos.

Método: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura. O acrónimo PICO foi realizado (Adultos, Meditação, Sem Comparação e Redução da ansiedade, respetivamente) segundo a Joanna Briggs Institute (JBI). Foram definidos como critérios de inclusão os artigos: disponíveis em texto integral; com o intervalo temporal de 2011 a março de 2021;

em idioma português, inglês e espanhol; que contenham no assunto do artigo meditação e ansiedade; todos os tipos de estudos científicos; população adultos. Os descritores utilizados para a realização da pesquisa foram analisados tendo em conta os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), no mês de março, utilizando como base de dados a B-On, o Pubmed e o Google Académico. A fórmula de pesquisa utilizada foi a seguinte (meditation) AND (anxiety) AND (adults). O procedimento foi realizado por dois investigadores que confrontaram os resultados etapa a etapa e, em caso de discórdia, avançavam para a etapa seguinte. Obtiveram-se 14.504 artigos que foram submetidos ao Prisma.

Resultados: A amostra final é constituída por 8 artigos: escritos no idioma em inglês (n=5) e português (n=3). Em relação aos tipos de estudos, existem Ensaio Clínicos Randomizados (n=3), Ensaio Clínicos Randomizados e Controlados (n=3), Revisão Sistemática e Meta-Análise (n=1) e Revisão Sistemática (n=1). As amostras dos artigos estão compreendidas entre 41 a 1494. Dos artigos analisados, seis indicaram que a meditação é eficaz na diminuição de sinais e sintomas de ansiedade, estando os indivíduos menos propensos a desenvolver pensamentos negativos e a adquirirem aptidões pessoais positivas, como a resiliência em caso de desafios stressantes. Ao diminuir a ansiedade, promove uma relação de causalidade entre a meditação e a diminuição da ansiedade. Assim, a meditação melhora o bem-estar e, conseqüentemente, a saúde mental. Os restantes dois estudos afirmam que os artigos que existem são

insuficientes sendo, por isso, necessários mais estudos para que os resultados sejam credíveis.

Conclusão: A meditação é uma terapia integrativa importante para o bem-estar e para a melhoria da saúde mental, nomeadamente da ansiedade. Neste sentido, recomenda-se o uso da Meditação como intervenção para o Diagnóstico de Enfermagem Ansiedade nos Adultos.

Descritores: Meditação, Ansiedade, Adultos, Revisão Sistemática.

Referências Bibliográficas:

Sampaio, C. V. S. (2015). Eficácia da Meditação Healing na redução da Ansiedade dos indivíduos em fase de manutenção do peso corporal: Ensaio Clínico Randomizado. Dissertação de Mestrado. Escola de Medicina e Saúde Pública, Bahiana. Salvador-Bahia. Brasil. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br//jspui/handle/bahiana/275>.

Manocha, R., Black, D., Sarris, J., & Stough C. (2011). A Randomized, Controlled Trial of Meditation for Work Stress, Anxiety and Depressed Mood in Full-Time Workers. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v.2011, 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2011/960583>.

Parmentier, F., García, M., Campayo, J., Yañez, A., Andrés, P. & Gili, M. (2019). Mindfulness and Symptoms of Depression and Anxiety in the General Population: The Mediating Roles of Worry, Rumination, Reappraisal and Suppression. *Front. Psychol*, 506, 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00506>.

Francisco, L. C. F. D. L. (2020). Efeito da Meditação na Ansiedade e na qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero: um Ensaio Clínico Randomizado. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Alagoas, Maceió. Brasil. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/6993>.

Hoge, A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, A., Morris, K., Robinaugh, J., Worthington, J., Pollack, H., & Simon, M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *The Journal of clinical psychiatry*, 74, 786-792. Doi: 10.4088/JCP.12m08083.

Hoge, A., Bui, E., Palitz, A., Schwarz, R., Owens, E., Johnston, M., Pollack, H., & Simon, M. (2019). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry research*, 262, 328-332. Doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.006.

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 174, 357-368. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK180102/>.

Araújo, B. C. D., Silva, L. A. L. B. D., Melo, R. C. D., Hirayama, M. S., Toma, T. S., & Barreto, J. O. M. (2019). Meditação/mindfulness para o tratamento de ansiedade e depressão em adultos e idoso. Instituto de Saúde de São Paulo. Brasil. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118196/relatorio_rr_meditacao_ansiedade_depressao.pdf.

TÍTULO DO POSTER: Conhecimentos e competências sobre Suporte Básico de Vida: um projeto de aprendizagem ao serviço da comunidade escolar.

AUTORES: Isabel Cristina Mascarenhas Rabiais¹; Patrícia Marques Henriques²; José Rodrigues³; Manuela Gomes⁴; Mariana Batista⁵; Leonor Pais⁵; Margarida Piques⁵; Marta Marques⁶; Madalena Silva⁶

1. Rn; MsC; PhD; Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Professor Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa.
2. Enfermeira no Centro Clínico Champalimaud.
3. Enfermeiro em Hemodiálise na Diaverum Queluz, Portugal.
4. Enfermeira no Bloco Operatório de Cirurgia Vasculiar do Hospital de Santa Marta.
5. Estudante do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
6. Estudante do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: Apesar do desenvolvimento tecnológico no tratamento e do investimento na prevenção, a morte súbita por paragem cardiorrespiratória continua a constituir um problema de saúde pública e uma das principais causas de morte em todo o mundo. Trata-se de uma condição crítica, que exige uma intervenção rápida e eficaz, na medida em que a taxa de sobrevivência está associada ao tempo e à qualidade com que a ressuscitação cardiopulmonar é efetuada, antes da chegada das equipas diferenciadas. Estas competências devem ser adquiridas pelo maior número de cidadãos, pois muitas paragens cardiorrespiratórias ocorrem fora do hospital.

Os sucessos das manobras de ressuscitação cardiopulmonar dependem de múltiplos procedimentos, sistematizados no conceito da cadeia de sobrevivência atualmente constituída por 6 elos (American Heart Association, 2020).

Reconhecer precocemente sinais e sintomas, ativar o sistema integrado de emergência médica (via 112), realizar compressões torácicas eficazes e ventilações de resgate, constituem as técnicas de Suporte Básico

de Vida que podem ser realizadas por qualquer pessoa previamente treinada desde a mais tenra idade. O Projeto Capacitar Para Salvar tem como objetivo ensinar manobras de Suporte Básico de Vida à comunidade escolar, através da prática simulada, oferecendo aos estudantes oportunidade de praticar num contexto seguro, pelo potencial de aumentar a sua capacidade de intervenção.

Objetivo: Analisar a perceção dos estudantes perante uma estratégia educativa sobre Suporte Básico de Vida realizada em contexto escolar.

Método: A recolha de dados concretizou-se pela aplicação de um questionário aos estudantes no final das sessões, constituído por 5 itens numa escala tipo Lickert com 5 pontos e 2 itens numa escala dicotómica. Incluídas também 2 questões abertas, submetidas a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2011).

Resultados: Os 2035 questionários analisados, traduzem que a maioria dos estudantes (57,4%) não tinha conhecimento sobre Suporte Básico de Vida antes da estratégia educativa e 87,3% nunca presenciaram uma situação de paragem cardiorrespiratória. Quando questionados em que medida se sentem capazes de atuar para prestar auxílio a uma vítima de paragem cardiorrespiratória, 43,2% refere sentir-se preparado e 91,3% assume estar motivado para saber mais. Os três aspetos referidos como mais importantes foram: tudo (30,4%), a possibilidade de treinarem no final da sessão teórica (25,4%), aprender a salvar vidas (21,3%). Da análise qualitativa emergiram três categorias:

instruir para salvar, treinar para salvar, aprender para salvar.

Conclusão: Os resultados sugerem que o treino permite concretizar os objetivos de aprendizagem, mobilizar conhecimentos e competências, garantindo a implementação de estratégias de promoção da saúde, bem como desenvolver princípios e valores humanos e sociais.

O projeto assume uma dinâmica de educação para a saúde pelo desenvolvimento de competências no âmbito do Suporte Básico de Vida e de ajuda a vítimas, dimensões integrantes do exercício da cidadania moderna. Atua como dinamizador e promotor da integração de novo conhecimento em contexto escolar, visando ganhos em saúde.

Pretende-se que o projeto continue a ter impacto a nível da comunidade escolar e da sociedade civil, numa lógica de desenvolvimento de uma consciência cívica, visada num processo de capacitação para salvar vidas, enquanto conceitos integrativos e evolutivos em sociedade (Figueiredo, Rabiais, & Deodato, 2013).

Descritores: Suporte Básico de Vida, competências, estudantes.

Referências Bibliográficas:

American Heart Association. (2020). Destaque das Diretrizes de RCP e ACE. Dallas, Texas, United States of America: American Heart Association.

Bardin, L. (2011). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, Lda.

Figueiredo, A. S., Rabiais, I., & Deodato, S. (2013). Cidadania e Construção Cívica dos Jovens - Um Processo de Capacitação. Lisboa, Portugal: Paper presented in VI Seminário Luso-Brasileiro Educação, Trabalho e Movimentos Sociais - das Políticas às lógicas de ação.

TÍTULO DO POSTER: A Eficácia do Reiki no controlo da dor da pessoa adulta com doença oncológica.

AUTORES: Beatriz Simões¹; Flávia Lourenço¹; Jorge Gomes¹; Carla Crespo¹; Sara Barruncho¹; Beatriz Fota¹; Inês Palma¹; Cristina Marques-Vieira²

1. Estudantes Finalista do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.
2. Professora Doutora em Enfermagem. Docente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Investigadora do CIIS.

Introdução:

Mais de 65% dos indivíduos com cancro experienciam dor e mais de 69% relatam que esta restringe as suas atividades de vida diária.

O Reiki caracteriza-se como uma terapia complementar, realizada através da imposição das mãos para transferência de energia, com intenção de restabelecer o equilíbrio físico, mental e espiritual, contribuindo para o controlo da dor.

Partiu-se da questão de investigação “Qual a eficácia do Reiki no controlo da dor da pessoa adulta com doença oncológica?”.

Objetivo: Identificar artigos científicos que abordem a eficácia do Reiki no controlo da dor da pessoa adulta com doença oncológica.

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática de Leitura de Evidência de Eficácia.

Foram critérios de inclusão: Artigos disponíveis em texto integral; Publicados entre janeiro de 2011 e abril de 2021; Idioma em português e inglês; Estudos primários; Estudos experimentais; Revisões sistemáticas da literatura; Meta-análises; Estudos de caso e Estudos secundários e foram critérios de exclusão: Crianças; Jovens; Idosos; Profissionais de saúde e Artigos de Opinião.

Segundo JBI definiram-se como critérios de elegibilidade que preenchessem o acrónimo PICO (P):

Pessoas adultas com doença oncológica; (I): Reiki; (O): Controlo da dor. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: B-On; PubMed; Scielo e Google Académico, utilizando como estratégia booleana (“Reiki” AND “Oncology” AND “Pain” AND “Adult” AND “Nurs*”). Da pesquisa obtiveram-se 130 artigos, recorrendo-se ao fluxograma segundo o PRISMA como forma de identificação, extração e análise dos dados. A seleção e inclusão foi realizada por 3 investigadores independentes que confrontaram resultados etapa a etapa.

Resultados: Obtivemos uma amostra de 5 artigos, dos quais dois Estudos Experimentais e três Revisões da Literatura, realizados na Turquia (2015), Itália (2012), China (2014) e Estados Unidos da América (2012) e (2021).

Alguns estudos demonstram que o Reiki pode ter benefícios no controlo da dor em indivíduos com cancro. Porém, devido à qualidade metodológica dos estudos primários e dos níveis de evidência serem moderados, não foi possível tirar conclusões robustas, limitando a generalização dos resultados da terapia Reiki como uma estratégia para o alívio da dor em adultos com doença oncológica.

Outros estudos demonstram que os scores de dor avaliados depois das sessões de Reiki foram sempre inferiores em comparação aos avaliados antes das sessões, concluindo-se que o Reiki é uma forma eficaz de controlar a dor e aumentar a qualidade de vida dos indivíduos, não existindo contra-indicações comprovadas para a terapia de Reiki e nenhum efeito adverso foi relatado.

Conclusão: Concluímos que a maioria dos autores evidenciam que o Reiki apresenta eficácia no controlo da dor da pessoa adulta com doença oncológica, apoiando a nossa questão.

Como limitações apontamos não ter sido realizada a última etapa prevista para a Revisão da Literatura e a baixa existência de estudos relativos à temática abordada. Para ser possível retirar conclusões robustas acerca da eficácia do Reiki no controlo da dor da pessoa adulta com doença oncológica, os autores recomendam a realização de estudos experimentais aleatórios e controlados de modo a ser possível generalizar os resultados.

Descritores: Revisão Sistemática; Reiki; Oncologia; Dor; Enfermagem.

Referências Bibliográficas:

World Health Organization (1996). Cancer pain relief, 2nd Edn. International Journal of Nursing Studies.

Demir, M., Can, G., Kelam, A., & Aydın, A. (2015). Effects of Distant Reiki on Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey: A Pilot Study. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 16(12), 4859-4862.

Birocco, N., Guillame, C., Storto, S., Ritorto, G., Catino, C., Gir, N., Balestra, L., Tealdi, G., Orecchia, C., Vito, G. D., Giaretto, L., Donadio, M., Bertetto, O., Schena, M., & Ciuffreda, L. (2012). The effects of Reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. *The American journal of hospice & palliative care*, 29(4), 290-294.

Joanna Briggs Institute (2014). Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition. Australia: The Joanna Briggs Institute.

Bao, Y., Kong, X., Yang, L., Liu, R., Shi, Z., Li, W., ... & Hou, W. (2014). Complementary and alternative medicine for cancer pain: an overview of systematic reviews. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.

Ciaccia, S. L. (2012). Does Reiki Therapy Decrease Pain During Chemotherapy and Radiation Treatment in Patients with Gynecological and Breast Cancer?

Buyukbayram, Z., & Citlik Saritas, S. (2021). The effect of Reiki and guided imagery intervention on pain and fatigue in oncology patients: A non-randomized controlled study. *Explore* (New York, N.Y.), 17(1), 22-26.

TÍTULO DO POSTER: A Eficácia das Bandas Neuromusculares no alívio da Lombalgia na Pessoa Grávida: Revisão Sistemática da Literatura.

AUTORES: Catarina Almeida¹; Catarina Amoroso¹; Diogo Lory¹; Carolina Moutinho¹; Bárbara Saraiva¹; Inês Taborda¹; Guilherme Teixeira¹; Cristina Marques-Vieira²

1. Estudantes do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa
2. Professora da Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Investigadora Integrada no CIIS

Introdução: As bandas neuromusculares são ligaduras elásticas, com capa adesiva, que através de um método de aplicação específico na pele, permitem dar suporte funcional, sem limitar a mobilidade. Produz efeitos imediatos e a longo prazo através de um estímulo constante. A lombalgia é bastante comum na gravidez, o que alerta para a necessidade de intervenções que possibilitem melhor qualidade de vida para a grávida. A questão de partida do estudo é “Qual a eficácia da utilização de bandas neuromusculares no alívio de lombalgia na pessoa grávida?”.

Objetivo: Identificar estudos científicos que abordem a eficácia das bandas neuromusculares no alívio da lombalgia na pessoa grávida.

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Eficácia. Os critérios de elegibilidade foram artigos disponíveis com texto integral, com idioma português e inglês, publicados entre janeiro de 2010 a abril de 2021, todos os tipos de estudos com métodos científicos e disponíveis nas bases de dados B-On, Scielo e Google Académico. Foram utilizadas como estratégias de pesquisa: Kinesiotape AND Pregnan* AND Nurs*. A pesquisa bibliográfica decorreu durante o mês de maio de 2021. Recorreu-se ao PRISMA para identificar, extrair

e analisar os dados. Obteve-se uma população de 10 estudos, que foram avaliados por 2 investigadores, de forma independente, e que etapa a etapa confrontavam os resultados e em caso de discordância passavam para a etapa seguinte.

Resultados: Obteve-se uma amostra final de 10 artigos, originários da Turquia (n=4), Egipto (n=2), Brasil (n=1), Canada (n=1), Polónia (n=1), Portugal (n=1). A amostra inclui Estudos Experimentais (n=4), Revisões Sistemáticas da Literatura (n=3), Artigo de Pesquisa (n=1), Estudo de caso (n=1), Estudo primário (n=1). Os anos de publicação são 2017 (n=3), 2012 (n=1), 2013 (n=1), 2014 (n=1), 2015 (n=1), 2016 (n=1), 2018 (n=1), 2019 (n=1). Os resultados dos artigos apresentam uma grande amplitude, no sentido em que divergem no tempo de ação de alívio da dor, que vai de 3 a 5 dias. Contudo, a grande maioria conclui que é benéfico e deve ser utilizada como complemento a outras intervenções, tal como a administração de analgesia.

As bandas musculares são um método ainda em desenvolvimento, atualmente ainda não existe muita evidência científica que comprove a eficácia do mesmo. Contudo os relatos de quem as utiliza regularmente revelam melhorias no controlo da dor e noutras condições. Em específico na gravidez ainda é considerado uma área que requer algumas precauções. Apesar da grande maioria dos investigadores concordar de que o seu uso é benéfico, alguns referem que o seu uso só tem efeito nas 24 horas seguintes à sua aplicação, sendo que é necessária uma colocação continua para benefícios a longo prazo (n=1), enquanto outros afirmam que o efeito terapêutico é evidente a partir do 2º

dia de colocação e que existe um efeito contínuo mesmo após a sua remoção (n=2).

Conclusão: As bandas neuromusculares são seguras e benéficas no alívio da dor na grávida, o que promove qualidade de vida no período de gravidez e redução da dor associadas, devendo ser utilizadas como método complementar.

Descritores: Bandas neuromusculares; Gravidez; Lombalgia; Pessoas grávidas; Revisão Sistemática.

Referências Bibliográficas:

Alyan, I., & Yousef, M. (2018). The Influence of Application of Kinesio Taping on Pregnancy-Related. *Med. J. Cairo Univ*, 86(3), 1377-1382. Disponível em: <https://doi.org/10.21608/mjcu.2018.56338>.

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. (1ªed.). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Artioli, D. P., & Bertolini, G. R. F. (2014). Kinesio taping: application and results on pain: systematic review. *Fisioterapia e Pesquisa*, 21(1), 94-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/553210114>.

Draper, C., Azad, A., Littlewood, D., Morgan, C., Barker, L., & Weis, C. A. (2019). Taping protocol for two presentations of pregnancy-related back pain: a case series. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 63(2), 111-118.

Frade, S. (2013). Bandas neuromusculares: qual a evidência científica que suporta a sua utilização. *Rev. Medicina Desportiva Informa*, 4(6), 19-22.

Kalinowski, P., & Krawulska, A. (2017). Kinesio Taping vs. Placebo in Reducing Pregnancy-Related Low Back Pain: A Cross-Over Study. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 6114-6120. Disponível em: <https://doi.org/10.12659/msm.904766>.

Kaplan, Ş., Alpayci, M., Karaman, E., Çetin, O., Özkan, Y., İlter, S., Şah, V., & Şahin, H. G. (2016). Short-Term Effects of Kinesio Taping in Women with Pregnancy-Related Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 22, 1297-1301. Disponível em: <https://doi.org/10.12659/msm.898353>.

Kuciel, N., Sutkowska, E., Cienska, A., Markowska, D., & Wrzosek, Z. (2017). Impact of Kinesio Taping application on pregnant women suffering from pregnancy-related pelvic girdle pain – preliminary study. *Ginekologia Polska*, 88(11), 620-625. Disponível em: <https://doi.org/10.5603/GP.a2017.0111>.

Liddle, S., & Pennick, V. (2015). Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), 95. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001139.pub4>.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 6(7).

Novaes, F. S., Shimo, A.K. & Lopes, M.H. (2006) Lombalgia na gestação, *Rev Latino-am Enfermagem*, 14, 620-624.

Sayed, A. I. (2012). Effect of Taping on Low Back Pain. Universidade do Cairo.

TÍTULO DO POSTER: Intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica nos doentes com perturbação mental: *Scoping Review*.

AUTORES: Constança Nunes¹; Mariana Braço Forte¹; Mariana Gomes¹; Marta Oliveira¹; Matilde Vasconcelos¹; Teresa Cunha e Sá¹; Cândida Ferrito²

1. Estudantes CLE 13, Escola de Enfermagem Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
2. Docente Escola de Enfermagem Lisboa, ICS, UCP.

Introdução: As perturbações mentais afetam mais de 25% das pessoas ao longo da sua vida e um dos fatores preponderantes no tratamento prende-se com a não adesão ao regime terapêutico farmacológico (OMS, 2002). Portugal, dentro dos países europeus, é dos que apresenta maior prevalência de doença mental na população (DGS, 2017). À luz do panorama mundial e nacional e pelas experiências vivenciadas em Ensino Clínico, emergiu o tema da adesão terapêutica nos doentes com perturbação mental. A finalidade da revisão consiste em identificar as intervenções de enfermagem que podem ser aplicadas, a fim de aumentar a adesão terapêutica na pessoa com perturbação mental e, conseqüentemente, adquirir mais conhecimentos para a melhoria da prática de Enfermagem. Elaborou-se a seguinte questão: “Que intervenções de enfermagem promovem a adesão terapêutica nos doentes com perturbação mental?”.

Objetivo: Mapear quais as intervenções de enfermagem promotoras de adesão terapêutica nos doentes com perturbação mental.

Método: Foi conduzida uma Scoping Review de acordo com o Instituto Joanna Briggs (Peter et al, 2020). Critérios de inclusão de acordo com Population, Concept, Context (PCC), sendo P- doentes com perturbação mental; C- intervenções de enfermagem que promovem a adesão terapêutica; C- em qualquer contexto, considerando regime de internamento, ambulatório ou domicílio.

Foi realizada uma pesquisa via plataforma EBSCOHost com os descritores: Mental Health or mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness; nursing interventions OR nursing care; therapeutic adherence OR compliance, unidos pelo operador booleano “AND”. Definida uma janela temporal de 10 anos (2011-2021) e considerados artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, cujo texto integral se encontrava disponível. Encontradas 127 referências que, após os critérios aplicados, resultaram 5.

Resultados: Da análise dos 5 artigos salienta-se que a população dos estudos apresentava doença mental, sendo que 41,53% (n=201) apresentava depressão, 22,31% (n=108) esquizofrenia e os restantes (n=175) doença mental não especificada. Da população total, 78,72% (n=381) encontrava-se em contexto de domicílio e 21,28% (n=103) em regime misto. As intervenções de enfermagem aplicadas foram: psico-educação (Sun et. al, 2010); acompanhamento telefónico pós-alta (Buldukoglu & Uslu, 2020); entrevista motivacional (Lozano et. al, 2021); estratégias cognitivo-comportamentais (Dahan, Behrbalk & Greenberger, 2016) e organização de um plano de enfermagem pós-alta (Virgoseli et. al, 2017). Transversalmente, os resultados sugeriram o aumento da adesão terapêutica, validando a eficácia das intervenções propostas. Foram identificadas algumas limitações nos estudos revistos, como o tamanho da amostra, os métodos de avaliação da adesão e o facto de alguns estudos serem dirigidos a doentes com uma patologia específica.

Conclusão: As evidências encontradas nos artigos revistos sugerem que a enfermagem tem um papel importante na adesão terapêutica em doentes com patologia mental, nomeadamente a implementação da psico-educação; acompanhamento telefónico pós-alta; entrevista motivacional; estratégias cognitivo-comportamentais e organização de um plano de enfermagem pós-alta. Para ultrapassar as limitações existentes sugerimos que, futuramente, sejam realizados estudos primários com maior número de participantes, e que incluam mais patologias do foro psíquico, de modo a que este conhecimento possa ser transferido e generalizado para a prática de enfermagem em saúde mental.

Descritores: Adesão Terapêutica; Enfermagem; Intervenções de Enfermagem; Perturbação Mental; Saúde Mental; Scoping Review.

Referências Bibliográficas:

Dahan, S., Behrbalk, P., Stolovy, T., & Greenberger, C. (2016). Improving adherence in hospitalized patients diagnosed with schizophrenia: an integrative one-on-one intervention. *Archives of psychiatric nursing*, 30(6), 660-665. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27888956/>.

Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional Para a Saúde Mental. Disponível em: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf.

Lozano, P., Butcher, H., Serrano, C., Carrasco, A., Lagares, C., Lusilla, P., & O'Ferrall, C. (2021). Motivational interviewing: Validation of a proposed NIC nursing intervention in persons with a severe mental illness. *International Journal of Nursing Knowledge*.

Organização Mundial de Saúde. (2002). Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.

Peters M., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco A., Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Disponível em: https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Downloadable+PDF+-+current+version?preview=/61636614/75139009/JBIMES_2021April.pdf.

Sun, G., Hsu, M., Moyle, W., Lin, M., Creedy, D., & Venturato, L. (2011). Mediating roles of adherence attitude and patient education on antidepressant use in patients with depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(1), 13-22.

Uslu, E., & Buldukoglu, K. (2019). Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*, 56(1), 63-71.

Virgolesi, M., Pucciarelli, G., Colantoni, A., D'Andrea, F., Di Donato, B., Giorgi, F., & Proietti, M. (2017). The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4456-4466.

TÍTULO DO POSTER: Os efeitos da Terapia Assistida por Animais na Pessoa Idosa em Estruturas Residenciais: Revisão Sistemática da Literatura.

AUTORES: Sofia Ângelo¹; Alice Gomes¹; Mariana Gonçalves¹; Joana Hintze-Ribeiro¹; Margarida Pacheco¹; Tatiana Santos¹; Catarina Tavares¹; Cristina Marques-Vieira²

1. Estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa do ano letivo 2020/2021
2. Doutora em Enfermagem. Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Investigadora Integrada do CIIS.

Introdução: A Terapia Assistida por Animais (TAA) é a participação de animais em intervenções terapêuticas, ou educacionais para promover a saúde e o bem-estar humano. De acordo com a Associação Internacional de Organizações de Interação HumanoAnimal (IAHAIO), a TAA consiste num objetivo orientado e numa intervenção estruturada que inclui melhorias no desempenho cognitivo, físico e emocional. A questão de partida do estudo é “Quais os efeitos da Terapia Assistida por Animais na Pessoa Idosa em Estruturas Residenciais?”.

Objetivo: Identificar, na literatura científica, os efeitos da TAA na Pessoa Idosa em Estruturas Residenciais.

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Eficácia, segundo a Joanna Briggs Institute (JBI). Os critérios de inclusão definidos foram artigos publicados entre janeiro de 2011 a fevereiro de 2021, com idioma português, inglês e espanhol, assim como todos os tipos de estudos científicos disponíveis e artigos disponíveis em texto integral. A pesquisa bibliográfica decorreu no mês de março, através da frase booleana utilizada: (“Animal Assisted Therapy” OR “Pet Therapy” AND “Elderly” AND “Nursing homes” AND “Nurs*”) para a B-On e (“Animal Assisted Therapy” OR “Pet Therapy” AND “Elderly” AND “Nursing homes”) para a B-On,

PubMed e Cochrane Library. Obteve-se 157 artigos e recorreu-se ao PRISMA para obter a amostra. A seleção dos artigos realizou-se por investigadores independentes, que confrontaram os resultados a cada etapa do processo.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 7 estudos. Quanto ao país de origem temos Dinamarca (n=2), Espanha (n=1), França (n=1), Noruega (n=1), Itália (n=1) e Coreia (n=1). No que respeita ao ano temos 2012 (n=1), 2015 (n=1), 2016 (n=2) e 2019 (n=1), 2020 (n=1) e 2021 (n=1). Quanto ao tipo de estudos temos Estudos Experimentais Randomizados (n=3), Estudo Qualitativo (n=2), Estudo Observacional Correlacional de Coorte (n=1) e Estudo experimental (n=1). Os estudos analisados demonstram eficácia na TAA na pessoa idosa em Estruturas Residenciais. Esta terapia concedeu qualidade de vida, mostrou eficácia na diminuição da depressão e no aumento da autoestima. Nos idosos com demências observou-se uma melhoria na comunicação não verbal. Também melhorou o comportamento social, reduzindo o isolamento. Esta terapia promoveu emoções mais agradáveis, manifestadas por: maior interesse, motivação, satisfação nas atividades de vida diária e, conseqüentemente, felicidade. Esta terapia provocou ainda alterações no parâmetro de sono, tornando-o mais eficaz. Esta terapia revelou-se eficaz na promoção de bem-estar dos mesmos, ao melhorar a qualidade de vida dos idosos e ao promover a estimulação das suas capacidades cognitivas, físicas e relacionais. Assim, a TAA parece ser promissora na melhoria das habilidades sociais dos idosos e no enriquecimento das suas atividades de vida diária.

Conclusão: A TAA é eficaz em idosos em estruturas residenciais, sendo-lhe atribuídos vários benefícios. Todavia, certas limitações foram identificadas e devem ser consideradas em pesquisas futuras. O tamanho da amostra deveria ser maior, para podermos observar um efeito mais significativo. A avaliação da qualidade metodológica dos artigos consoante a JBI é outra limitação, não tendo sido realizada, devido ao tempo disposto para realizar o presente resumo.

Descritores: Terapia Assistida por Animais; Idoso; Estruturas Residenciais; Enfermagem; Revisão da Literatura.

Referências Bibliográficas:

International Association of Human-Animal Interaction Organizations (2018). The iahaio definitions for animal assisted intervention and guidelines for wellness of animals involved in AAI. White Paper 2014, updated for 2018. Disponível em: https://iahaio.org/wp/wp-content/uploads/2018/04/iahaio_wp_updated-2018-final.pdf.

Forget, S., Pennequin, V., Agli, O., & Bailly, N. (2021). Brakes and levers to implement an animal-assisted intervention in nursing homes: Preliminary study. *Complementary Therapies in Medicine*, 56, 102591.

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. (1ªed.). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rodrigo-Claverol, M., Malla-Clua, B., Marquilles-Bonet, C., Sol, J., Jové-Naval, J., Sole-Pujol, M., & Ortega-Bravo, M. (2020). Animal-Assisted Therapy Improves Communication and Mobility among Institutionalized People with Cognitive Impairment. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5899.

Kil, T., Kim, H. M., & Kim, M. (2019). The effectiveness of group combined intervention using animal-assisted therapy and integrated elderly play therapy. *Journal of animal science and technology*, 61(6), 371.

Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Patil, G., & Ihlebæk, C. (2016). Effect of animal-assisted 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(12), 1312-1321.

Thodberg, K., Sørensen, L. U., Videbech, P. B., Poulsen, P. H., Houbak, B., Damgaard, V., ... & Christensen, J. W. (2016). Behavioral responses of nursing home residents to visits from a person with a dog, a robot seal or a toy cat. *Anthrozoös*, 29(1), 107-121.

Thodberg, K., Sørensen, L. U., Christensen, J. W., Poulsen, P. H., Houbak, B., Damgaard, V., ... & Videbech, P. B. (2016). Therapeutic effects of dog visits in nursing homes for the elderly. *Psychogeriatrics*, 16(5), 289-297.

Berry, A., Borgi, M., Terranova, L., Chiarotti, F., Alleva, E., & Cirulli, F. (2012). Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. *Psychogeriatrics*, 12(3), 143-150.

TÍTULO DO POSTER: Fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à bundle da pneumonia associada à ventilação mecânica: Caracterização da Evidência.

AUTORES: Andreia Santos¹; Filipa Veludo²

1. Enfermeira Hospital das Forças Armadas - Polo Lumiar; Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa; RN
2. Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa; PhD, MsEC, RN

Introdução: A Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) uma das IACS mais frequente nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Estima-se que 10 a 20% das pessoas entubadas endotraquealmente desenvolve uma PAVM (Barroco, 2016). É a infeção mais frequente em UCI, responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento hospitalar e em UCI e mortalidade (Direção Geral de Saúde, 2017).

Apesar do conhecimento dos profissionais do “Feixe de Intervenções” (bundle) de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, existe evidência acerca da não adesão a estas recomendações, nomeadamente em 52% da equipa de enfermagem que trabalha em UCI (López, Carrillo, & Castillo, 2017). Foram mapeados, por scoping review, sete fatores que podem influenciar a adesão dos profissionais à PAVM: 1) Formação contínua; 2) Auditorias; 3) Reforço de ações educativas; 4) Utilização de indicadores de processo, estrutura e resultado; 5) Avaliação sistemática; 6) Monitorização do nível de conformidade das recomendações; 7) Avaliação de conhecimentos por questionário (Santos, Cruz, & Veludo, 2020).

Objetivo: Caracterizar o nível de evidência dos artigos mapeados sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à bundle da pneumonia associada à ventilação mecânica.

Materiais e Método: Mediado por Scoping Review (Joanna Briggs Institute, 2020), aplicou-se a mnemónica Participantes, Conceito e Contexto (PCC) para conduzir o percurso metodológico. Participantes: artigos com Enfermeiros enquanto participantes, Conceito: nível de evidência dos artigos que mapearam os fatores que influenciam a adesão à bundle e o Contexto: cuidado à pessoa em situação crítica sob ventilação invasiva. Critérios de inclusão: artigos publicados entre 2003-2020 (data de emissão da guideline pelo CDC); nos idiomas inglês, português e espanhol; com inclusão dos descritores em título ou resumo: Bundles; Bundle of care; Ventilator associated pneumonia; Nurses; Nurse; Nursing; Guidelines; Protocol; Practise guideline; Clinical; Vap; Ventilator acquired. Critérios de exclusão: artigos incompletos, artigos que não correspondem à questão de investigação e que incluíssem os seguintes descritores: community-acquired pneumonia; pediatrics; nursing actions; elderly. Fontes de pesquisa: CINAHL Plus, SCIELO, NCBI, MEDLINE with Full Text (via EBSCOhost) e LILACS. Artigos selecionados por 2 revisores independentes. Inclusão de 21 artigos sistematizada por PRISMA.

Resultados: Dos estudos mapeados sobre os fatores de adesão 28,56% correspondem a ensaios clínicos sem randomização, em que 14, 28% corresponde com grupo de controlo ((Rello, et al., 2013), (Cason, Tyner, Saunders, & Broome, 2007)) e 14,28% sem grupo de controlo ((Barros, 2019) (Silva, Nascimento, & Salles, 2012)); 23,76% estudos observacionais ((Agodi, et al., 2017), (Abbott, Dremsa, Stewart, Mark, & Swift,

2006)) no qual 19% corresponde a estudos transversais ((Pogorzelska, et al., 2011); 9,52% estudos quase-experimentais (Beattie , Ashley , Shaun , & Janice, 2012); 4, 76% são ensaios controlados randomizados (Labeau, Vandjick, Rello, Vandewoude, & Blot, 2017). Os artigos que incluem o estudo em que existe uma maior evidencia são os artigos sobre a formação contínua e o reforço de ações educativas têm um nível de evidencia entre 4b) e 2b).

Conclusão: Este estudo caracteriza o nível de evidência do mapeamento dos fatores que influenciam a adesão à bundle da PAVM. Assim, os artigos mapeados o nível de evidência mais predominante são os ensaios clínicos sem randomização, em que os fatores de adesão correspondem a formação contínua e reforço das ações educativas. Com a sua divulgação espera-se uma melhor adesão à bundle no cuidado à pessoa em situação crítica.

Descritores: Bundle; Ventilator associated pneumonia; Nurse; Guidelines.

Referências Bibliográficas:

Abbot, C., Stewart, D., Mark, D., & Swift, C. (16 de Maio de 2006). Adoption of a Ventilator-Associated Pneumonia Clinical Practice Guideline, p. 14.

Agodi, A., Barchitta, M., Annalisa, Q., Emiliano, S., Gallo, G., Auxilia, F., Mura, I. (2017). Preventable proportion of intubation-associated pneumonia: Role of adherence to a care bundle. p. 9.

Barros, F. R. (20 de janeiro de 2019). Adesão ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Adesão ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, p. 9.

Beattie, M., Ashley, S., Shaun, M., & Janice, G. (16 de fevereiro de 2012). Continual improvement in ventilator acquired pneumonia bundle compliance: a retrospective case matched review. p. 6.

Blot , S., Labeau, S., Vandijck, D., Aken, P., & Claes, B. (1 de Junho de 2007). Evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: results of a knowledge test among intensive care nurses, p. 6.

Cason, C., Tyner, T., Saunders, S., & Broome, L. (16 de Janeiro de 2007). Nurses' implementation of guidelines for ventilator-associated pneumonia from the Centers for Disease Control and Prevention, p. 6.

Direção Geral de Saúde. (30 de Maio de 2017). Norma 021/2015. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, p. 13.

Helmick, R., Knofsky, M., Braxton, C., Subramanian, A., Byers, P., Lan, C., & Awad, S. (Outubro de 2014). Mandated self-reporting of ventilator-associated pneumonia bundle and catheter-related bloodstream infection bundle compliance and infection rates, p. 10.

Joanna Briggs Institute. (2020). Manual for evidence synthesis. Obtido de Joanna Briggs Institute. : <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+re+views>.

Josefina Torres López. (19 de Abril de 2017). Conocimiento y práctica de enfermería para prevenir la Neumonía Asociada al Ventilador. p. 6.

Klompas, M., Li, L., Kleinman, K., Szumita, P., & Massaro, A. (1 de Setembro de 2016). Associations Between Ventilator Bundle Components and Outcomes, p. 6.

Kiyoshi-Teo, H., Cabana, M., Froelicher, E., & Blegen, M. (Maio de 2014). Adherence to institution-specific ventilator-associated pneumonia prevention guidelines.

Labeau, S., Vandjick, D., Rello, J., Vandewoude, K., & Blot, S. (Maio de 2017). Evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: results of a knowledge test among European intensive care nurses. p. 6.

López, J. T., Carrillo, R. G., & Castillo, M. M. (7 de Fevereiro de 2017). Conocimiento y práctica de enfermería para prevenir la Neumonía Asociada al Ventilador. p. 6.

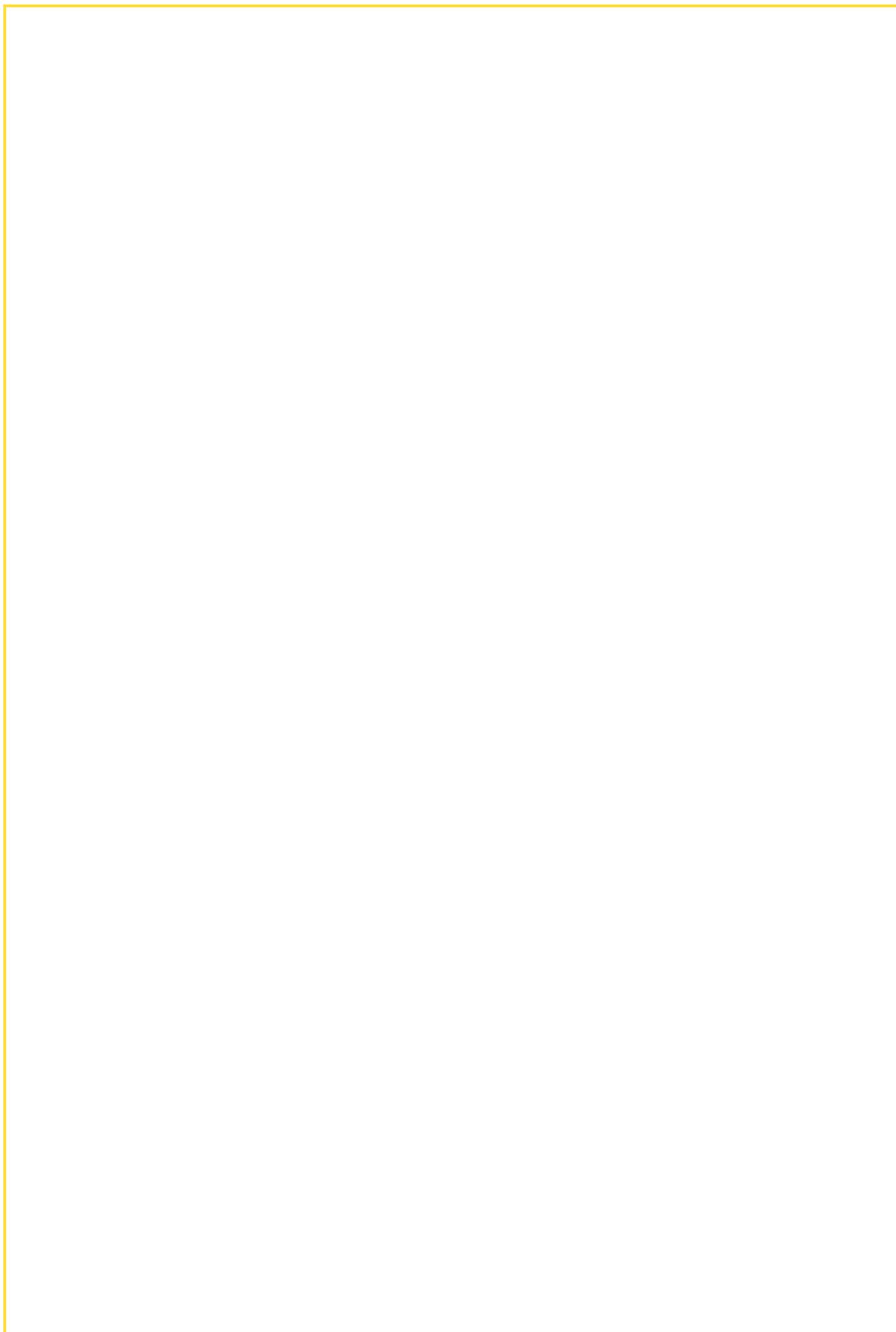
Pogorzelska, M., Stone, P., Furuya, E., Perencevich, E., Larson, E., Goldmann, D., & Dick, A. (23 de Outubro de 2011). Impact of the ventilator bundle on ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. p. 5.

Rello, J., Afonso, E., Lisboa, T., Ricart, M., Balsera, B., Rovira, A., Diaz, E. (Abril de 2013). A care bundle approach for prevention of ventilator-associated pneumonia.

Silva, L. T., Laus, A. M., Canini, S. R., & Hayashida, M. (Novembro de 2011). Avaliação das medidas de prevenção e controle de pneumonia. p. 9.

Silva, S., Nascimento, E., & Salles, R. (Outubro de 2012). BUNDLE DE PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À, p. 8.

TolentinoDelosReyes, A., Ruppert, S., & Shiao, S.-Y. (16 de Janeiro de 2007). Evidence-based practice: use of the ventilator bundle to prevent ventilator-associated pneumonia, p. 8.



TÍTULO DO POSTER: A Eficácia da arteterapia no desenvolvimento psicossocial em crianças hospitalizadas: Revisão Sistemática da Literatura.

AUTORES: Catarina Silva¹; Maria Rebordão¹; Matilde Raposo¹; Madalena Pinheiro¹; Maria Perloiro¹; Maria Dourado¹; Eliete Avelino¹; Cristina Marques-Vieira²

1. Estudantes Finalistas da Escola de Enfermagem de Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.
2. Doutora em Enfermagem. Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Investigadora Integrada do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde.

Introdução: A arteterapia é uma técnica que utiliza atividades artísticas (como recorte de desenhos, colagens e pinturas) como meio de intervenção no bem-estar da pessoa. A literatura científica afirma que este tipo de arte permite a produção de imagens, a autonomia criativa, a comunicação, a liberdade de expressão e resolução de problemas emocionais. É uma intervenção terapêutica usada por profissionais qualificados em vários contextos e diferentes faixas etárias. A criança durante o seu desenvolvimento psicossocial, físico, emocional e intelectual é influenciado pelo ambiente em que está inserida e a sua interação entre indivíduos. Sendo a Arteterapia uma forma de expressão, que promove a reestruturação e reorganização mental da pessoa, favorecendo o reconhecimento do mundo interno e inconsciente surge a questão: A arteterapia é eficaz no desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada?

Objetivo: Identificar, a partir dos artigos selecionados, a eficácia da arteterapia em crianças em contexto hospitalar.

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura. Definiram-se como critérios de elegibilidade: o idioma (português, espanhol e inglês) e a janela temporal (de janeiro de 2011 a

abril de 2021), e segundo os critérios da JBI, correspondendo ao acrónimo PICO(S), definiram-se como critérios de elegibilidade: Artigos sobre arteterapia com crianças hospitalizadas; Intervenção no âmbito da arteterapia em crianças no contexto hospitalar; Sem comparação/outras intervenções/sem terapia complementar; Eficácia da arteterapia no desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada; Estudos primários, secundários, experimentais, revisões, respetivamente. A fórmula de pesquisa foi adequada à base de dados, assim: PubMed “Art Therapy Intervention” OR “Art Therapy” AND “Hospitalized” AND “Children”, B-On: “Art Therapy Intervention” AND “Hospitalized” (TX) AND “Children” (TX) NOT (Adults) (TX) e Google Scholar: “Arteterapia” AND “Crianças Hospitalizadas”. Os dados foram extraídos por 2 investigadores, que da pesquisa inicial obtiveram 198 estudos. Recorreu-se ao PRISMA como forma de identificação, extração e análise dos dados.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 1 artigo. Caracterizado por um estudo descritivo-exploratório, publicado em 2011, no Brasil. Existiam dois grupos, o A (experimental) e o B (controle). Após a intervenção, o grupo A encontrava-se mais tranquilo, independente, obediente e comunicativo do que o grupo B. O estudo demonstrou que a arteterapia favorece o desenvolvimento cognitivo, afetivo, psicomotor e social da criança hospitalizada e no tratamento de reações como a culpa, a negação, a raiva, a insegurança, a dependência, o isolamento, o stresse, o medo, o abandono, a perda da autonomia. Verificou-se que existe um reduzido

número de estudos sobre esta temática com esta população. Desta forma, sugere-se a realização de estudos experimentais aleatórios e controlados de forma poder-se generalizar os resultados.

Conclusão: A arteterapia em crianças hospitalizadas demonstrou ser eficaz na diminuição dos efeitos negativos decorrentes da doença, da hospitalização e do tratamento, tais como as reações de culpa, negação, raiva, insegurança, dependência, isolamento, stresse, medo, abandono, perda da autonomia. Com a arteterapia observa-se reações como tranquilidade, respeito, obediência, comunicação e independência. Importa ainda referir que apesar de existir pouca literatura sobre esta temática, o estudo selecionado é de natureza experimental.

Descritores: Arteterapia, Saúde Mental, Desenvolvimento Psicossocial; Crianças Hospitalizadas, Revisões Sistemáticas.

Referências Bibliográficas:

Apóstolo, J. L. A. (2015). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 154-162.

Fongaro, M. L. H., Sebastiani, R. W. (1996). Roteiro de avaliação psicológica hospital geral. In Angerami, V. C. (Org). São Paulo.

Galvão, T. F., Pansani, T. D. S. A., Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, 335-342.

Rosti, L. (2012). Art therapy and hospitalized children. Disponível em: <https://doi.org/10.4081/pmc.2012.56>.

Valladares, A. C. A. (2004). Arteterapia com crianças hospitalizadas. *Revista eletrônica de enfermagem*, 6(3).

Valladares, A. C. A., Silva, M. T. (2011). A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre.

TÍTULO DO POSTER: Quais as estratégias implementadas pelos enfermeiros em tempo de pandemia Covid-19: *Scoping Review*.

AUTORES: Maria Helena Alves; Joana Fajardo

Introdução: A pandemia por COVID-19 que viria a ser declarada em março de 2020, pelas características do vírus envolvido, e a grande possibilidade de contágio, causou um grande impacto nos profissionais de saúde e trouxe grandes desafios aos enfermeiros. Estes, num esforço de resiliência, serviço público, dever ético para com a profissão que abraçaram e para com a população, foram-se desdobrando em intervenções criativas nos diferentes contextos de trabalho. A enfermagem foi das profissões mais exposta a elevados níveis de stress e ansiedade, mas mantendo sempre o sentido da dignidade e a preocupação de permanecer fiel aos princípios da Enfermagem, ainda que em tempos extenuantes e independentemente das suas crenças, motivações, capacidade para resolver problemas ou suporte social. Este grave evento de saúde pública trouxe uma grande sobrecarga aos sistemas de saúde obrigou à reestruturação de instituições, à mobilização dos enfermeiros, a uma procura desmedida de equipamentos de proteção individual a nível mundial, à abertura de novas Unidades de Cuidados Intensivos, forçando a integração/adaptação rápida dos profissionais, nomeadamente enfermeiros. Esta crise humanitária, para além do rasto de mortes que deixou para trás, causou dor, desespero, alterações do sono, stress pós-traumático, entre outros, que representaram uma ameaça à vida e saúde dos profissionais. Foi necessário desenvolver estratégias que ajudassem na interação com os doentes, providenciando o seu bem-estar e o dos profissionais bem como a biossegurança.

Todavia, a pandemia veio trazer a oportunidade de novas aprendizagens, inovação e capacidade de desenvolvimento.

Objetivo: Mapear a literatura relativa às estratégias implementadas pelos enfermeiros em tempo de pandemia Covid -19.

Método: Protocolo de scoping review segundo os princípios da Joanna Briggs Institute. Foram considerados material bibliográfico publicado e não publicado, conforme os seguintes critérios de inclusão: relatar o uso de estratégias implementadas (Conceito) de profissionais de enfermagem (população) em tempo de pandemia Covid -19 (Contexto). Foi elaborada uma pesquisa na base de dado EBSCO onde estão indexadas as seguintes bases: CINHALL; Cochrane; MedicLatina; MEDLINE. A pesquisa foi elaborada através de uma equação booleana, e os dados posteriormente foram organizados de acordo com os seus conteúdos.

Resultados: Foram encontrados 143 artigos, restando para análise 9 artigos. As estratégias implementadas pelos enfermeiros referem-se à utilização das tecnologias, fomentação da resiliência e autocuidado dos enfermeiros controlo de infeção e rentabilização dos recursos/ sistemas de saúde.

Conclusão: Surgiram nesta pandemia estratégias de Enfermagem que, acima de tudo, pretendem manter um elevado nível de cuidado ao doente, o seu bem-estar, o contato com a família/pessoa significativa, ainda que em isolamento e através do recurso a tecnologia.

Outras estratégias tiveram como objetivo colmatar necessidades prementes que surgiram por falta de equipamento, enfermeiros, grande afluxo de doentes, gravidade da doença ou através da utilização de tecnologias várias, por exemplo para educação do doente/família ou ainda para consulta rápida de guidelines pelos profissionais. Outras ainda se relacionaram com a gestão do stress, saúde mental dos enfermeiros.

Descritores: Nursing; Nurse; COVID-19; Sars Cov- 2; Coronavirus infections; strategy; strategies.

Referências Bibliográficas:

Arneson, S. L., Tucker, S. J., Mercier, M., & Singh, J. (2020). Answering the call: Impact of tele-icu nurses during the covid-19 pandemic. *Critical Care Nurse*, 40(4), 25-31. <https://doi.org/10.4037/ccn2020126>.

Carlos-Cajo, M. E., & Chávarry-Ysla, P. D. R. (2021). Estrategias de manejo ocupacional en la salud mental del personal de enfermería ante el COVID-19. *Revista Del Cuerpo Médico Del HNAAA*, 13(4), 469-470. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.134.787>.

Dokken, D., & Ahmann, E. (2020). 'Essence' of Patient- and Family-Centered Care during COVID-19. 46(3), 154-156.

Franco, J., & Leví, P. (2020). Original article Adaptation Strategies of Nurses against COVID19 in Guayaquil. *Universidad de Antioquia*, 38(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e07>.

Lee-Baggley, D., & Thakrar, S. (2020). Helping Patients and Health Care Providers Through the COVID-19 Pandemic: Empirically Based Tips and Strategies to Manage Mental and Physical Health. *Nephrology Nursing Journal : Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 47(6), 511-572. <https://doi.org/10.37526/1526-744x.2020.47.6.511>.

Lefebre, N., Sharkey, S., Virani, T., Fu, K., Brown, M., & Ackerman, M. Lou. (2020). Lessons on COVID-19 from Home and Community: Perspectives of Nursing Leaders at All Levels. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 33(4), 51-61. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26420>.

Sentara builds on long-standing tele-ICU program during COVID-19: EBSCOhost. (n.d.). Retrieved June 2, 2021, from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=1&sid=bac5e65e-5c2b-4efc-8108-907638e41482%40sdc-vsessmgr03&bdata=Jmxhbm9cHQtcH Qmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=144855520&db=nyh>.

Sumikawa, Y., & Yamamoto-Mitani, N. (2021). Transitional Care During Covid-19 Pandemic In Japan: Calls Form New Strategies To Integrate Traditional Approaches With Information And Communication Technologies. *BioScience Trends*, 15(1), 55-57. <https://doi.org/10.5582/bst.2021.01056>.

Thusini, S. (2020). Critical care nursing during the COVID-19 pandemic: A story of resilience. *British Journal of Nursing*, 29(21), 1232-1236. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1232>.

TÍTULO DO POSTER: Cuidar em Situação de Catástrofe: um desafio para a educação em Enfermagem.

AUTORES: Paulo Alexandre Figueiredo dos Santos¹; Isabel Cristina Mascarenhas Rabiais², José Joaquim Penedos Amendoeira³; Carolina Henriques⁴

1. RN, MsC, PhD, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, integrado no CIIS-UCP, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa. Telefone: 914430418.
2. RN, MsC, PhD, 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, Prof. Coordenadora, Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Introdução: A necessidade de educação na área de catástrofe surge como uma prioridade e deve ser encarada como uma preocupação multidimensional (Veenema, et al., 2017). A educação em enfermagem deve promover o desenvolvimento do conhecimento e o raciocínio clínico sobre os valores e os princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem nesta área específica.

Objetivo: Identificar quais as competências essenciais a mobilizar intencionalmente, para um saber agir eficaz e eficiente em situação de catástrofe pelo futuro Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Método: Estudo descritivo, transversal tendo sido desenvolvido um questionário, constituído por itens de resposta tipo Likert, com cinco (5) categorias para medir a perceção dos Presidentes do Conselho Técnico Científico ou Coordenadores/Diretores dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem e dos enfermeiros peritos na área da catástrofe, a partir do core de competências definidas pelo projeto Tuning Educational Structures in Europe -

Fase I (2003). Foram considerados todos os procedimentos formais e éticos associados a estudos de investigação desta natureza.

Resultados: Os resultados traduzem que os Coordenadores/Diretores dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem consideram todas as competências enunciadas como relevantes, existindo uma baixa variabilidade entre os scores médios das restantes questões. Os peritos de enfermagem em catástrofe assumem como as competências mais valorizadas, as relacionadas com a segurança; capacidade em tomar decisões e resolver problemas; capacidade em utilizar sistemas tecnológicos e gerir informação; comunicação; trabalho em equipa e relacionamento interpessoal; capacidade em apreciar a diversidade e multiculturalidade e compreensão de culturas e tradições de outros países; capacidade de estabelecer um compromisso ético e legal da profissão perante situações adversas e complexas; capacidade de se adaptar em ambientes em rápida mutação e a capacidade de liderança.

Conclusão: As situações de catástrofe não são suscetíveis de serem reproduzidas, o que perturba a possibilidade de conceptualização e de planeamento de cuidados, o estabelecimento de prioridades e uma prática de reflexão criativa e de investigação. Os dados obtidos permitem compreender quais os domínios de competências transversais específicas a desenvolver, no domínio da catástrofe, para um agir eficiente do enfermeiro nestes contextos.

Descritores: Educação em Enfermagem; Competências, Cuidados

Referências Bibliográficas:

Veenema, T. G., Lavin, R. P., Griffin, A., Gable, A. R., Couig, M. P. & Dobalian, A. (2017). Call to Action: The Case for Advancing Disaster Nursing Education in the United States. *Journal Nursing Scholarship*. Nov;49(6), 688-696. [DOI: 10.1111/jnu.12338. Epub. Aug 23].

González, J., & Wagenaar, R. (2003). *Tuning Educational Structures in Europe. Final Report - Pilot Project Phase 1*. University of Deusto Press. http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/Tuning_phase1_full_document.pdf.

TÍTULO DO POSTER: A Eficácia do *Mindfulness* na Prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta: Revisão Sistemática da Literatura.

AUTORES: Rita Bento¹; Maria Carvalho¹; Ricardo Cerejo¹; Catarina Fonseca¹; Catarina Henriques¹; Sara Robalo¹; Cristina Marques-Vieira²

1. Estudantes Finalistas da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
2. Doutora em Enfermagem. Professora Auxiliar da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Investigadora Integrada do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde.

Introdução: A prática do *Mindfulness* foca-se na aquisição de uma atenção plena, sustentada em perceções momentâneas dos estados e processos mentais, resultando na sua aceitação. Esta prática, não crítica e recetiva, baseia-se na experiência presente com os sentimentos, imagens, pensamentos e sensações vivenciadas.

As intervenções no âmbito do *Mindfulness* têm sido implementadas em diversas áreas de atuação do Enfermeiro, nomeadamente, no controlo da dor e da sintomatologia de doenças crónicas, bem como ao nível da saúde mental, sobretudo na ansiedade e no stress. Tendo em conta o mencionado, a presente Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Eficácia pretende dar resposta à seguinte questão: “Qual a Eficácia do *Mindfulness* na prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta?”.

Objetivo: Identificar a Eficácia do *Mindfulness* na prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta, através dos estudos científicos selecionados.

Método: Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Eficácia. O acrónimo PICO foi realizado segundo a Joanna Briggs Institute (JBI), sendo este “Pessoas Adultas”, “*Mindfulness* enquanto Intervenção de Enfermagem”, “Sem comparação, outras intervenções, sem terapia complementar” e “Eficácia”, respetivamente. Foram definidos como

critérios de inclusão os artigos: em idioma inglês, espanhol e português; disponíveis em texto integral; com intervalo temporal entre janeiro de 2011 e abril de 2021. Recorreu-se à fórmula de pesquisa (*mindfulness*) AND (nurs*) AND (adults), tendo a pesquisa sido efetuada nas bases de dados MEDLINE (n=486), CINAHL Plus (n=223) e PubMed (n=923). Estes artigos foram submetidos ao PRISMA e analisados por dois revisores independentes, devidamente treinados. Etapa a etapa, os revisores confrontavam resultados e, em caso de discórdia, o estudo passava para a etapa seguinte.

Resultados: A amostra final é constituída por 15 artigos escritos no idioma inglês (n=15). Relativamente aos tipos de estudos, verificam-se: Estudos Randomizados (n=4), Revisões da Literatura (n=3), Revisão Sistemática e Meta-Análise (n=2), Meta Análises (n=2), Estudo de Caso Experimental (n=1), Estudo Qualitativo Descritivo (n=1), Estudo Método Misto (n=1) e Revisão Sistemática (n=1). Os resultados obtidos demonstram inúmeros ganhos em saúde, salientando-se a utilização do *Mindfulness* na redução do stress, ansiedade, depressão, dor crónica e na adoção de mecanismos de coping. Esta terapia revela benefícios em adultos com diversas patologias, entre as quais: esquizofrenia, diabetes, doenças oncológicas e artrite reumatoide. Verifica-se ainda a implementação do *Mindfulness* perante pais de crianças com necessidades especiais, nomeadamente com autismo, bem como resultados positivos ao nível da saúde materna, mais especificamente em grávidas com rutura precoce da membrana. 3 artigos mencionam que os Enfermeiros devem explorar as

técnicas de Mindfulness, recorrendo à mesma como Terapia Complementar. 10 artigos referem que deve ser realizada maior pesquisa desta temática, sendo necessário utilizar métodos mais rigorosos e estudos longitudinais.

Conclusão: Os estudos consultados apontam que o Mindfulness é eficaz na Prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta. Para tal, é necessário que os Enfermeiros compreendam o conceito, a aplicação e os benefícios do Mindfulness, promovendo a implementação desta prática.

Descritores: Mindfulness, Enfermagem, Adultos, Revisão Sistemática.

Referências Bibliográficas:

Golfenshtein, N., Deatrck, J. A., Lisanti, A. J., & Medoff-Cooper, B. (2017). Coping with the Stress in the Cardiac Intensive Care Unit: Can Mindfulness Be the Answer? *Journal of Pediatric Nursing*, 37, 117-126. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.08.021>.

Petcharat, M., & Liehr, P. (2017). Mindfulness training for parents of children with special needs: Guidance for nurses in mental health practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(1), 35-46. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcap.12169>.

Rayan, A., & Ahmad, M. (2018). Mindfulness and parenting distress among parents of children with disabilities: A literature review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 324-330. DOI: <https://doi.org/10.1111/ppc.12217>.

Simmons, L. A., Williams, H., Silva, S., Keefe, F., & Tanabe, P. (2019). Acceptability and Feasibility of a Mindfulness-Based Intervention for Pain Catastrophizing among Persons with Sickle Cell Disease. *Pain Management Nursing*, 20(3), 261-269. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.10.002>.

Chen, S., Lin, H., Atherton, J. J., Maclsaac, R. J., & Wu, C. (Jo). (2020). Effect of a mindfulness programme for long-term care residents with type 2 diabetes: A cluster randomised controlled trial measuring outcomes of glycaemic control, relocation stress and depression. *International Journal of Older People Nursing*, 15(3), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1111/opn.12312>.

Chien, W. T., Cheng, H. Y., McMaster, T. W., Yip, A. L. K., & Wong, J. C. L. (2019). Effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation group programme for early-stage schizophrenia: An 18-month randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 212, 140-149. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.053>.

Jung, H. Y., Lee, H., & Park, J. (2015). Comparison of the effects of Korean mindfulness-based stress reduction, walking, and patient education in diabetes mellitus. *Nursing & Health Sciences*, 17(4), 516-525. DOI: <https://doi.org/10.1111/nhs.12229>.

Matchim, Y., Armer, J. M., & Stewart, B. R. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction Among Breast Cancer Survivors: A Literature Review and Discussion. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), E61-E71. DOI: <https://doi.org/10.1188/11.ONF.E61-E71>.

Ngan, H. Y., Chong, Y. Y., & Chien, W. T. (2021). Effects of mindfulness- and acceptance-based interventions on diabetes distress and glycaemic level in people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 38(4), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1111/dme.14525>.

Zhou, B., Wang, G., Hong, Y., Xu, S., Wang, J., Yu, H., ... Yu, L. (2020). Mindfulness interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review and metaanalysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39(1), 101088. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101088>.

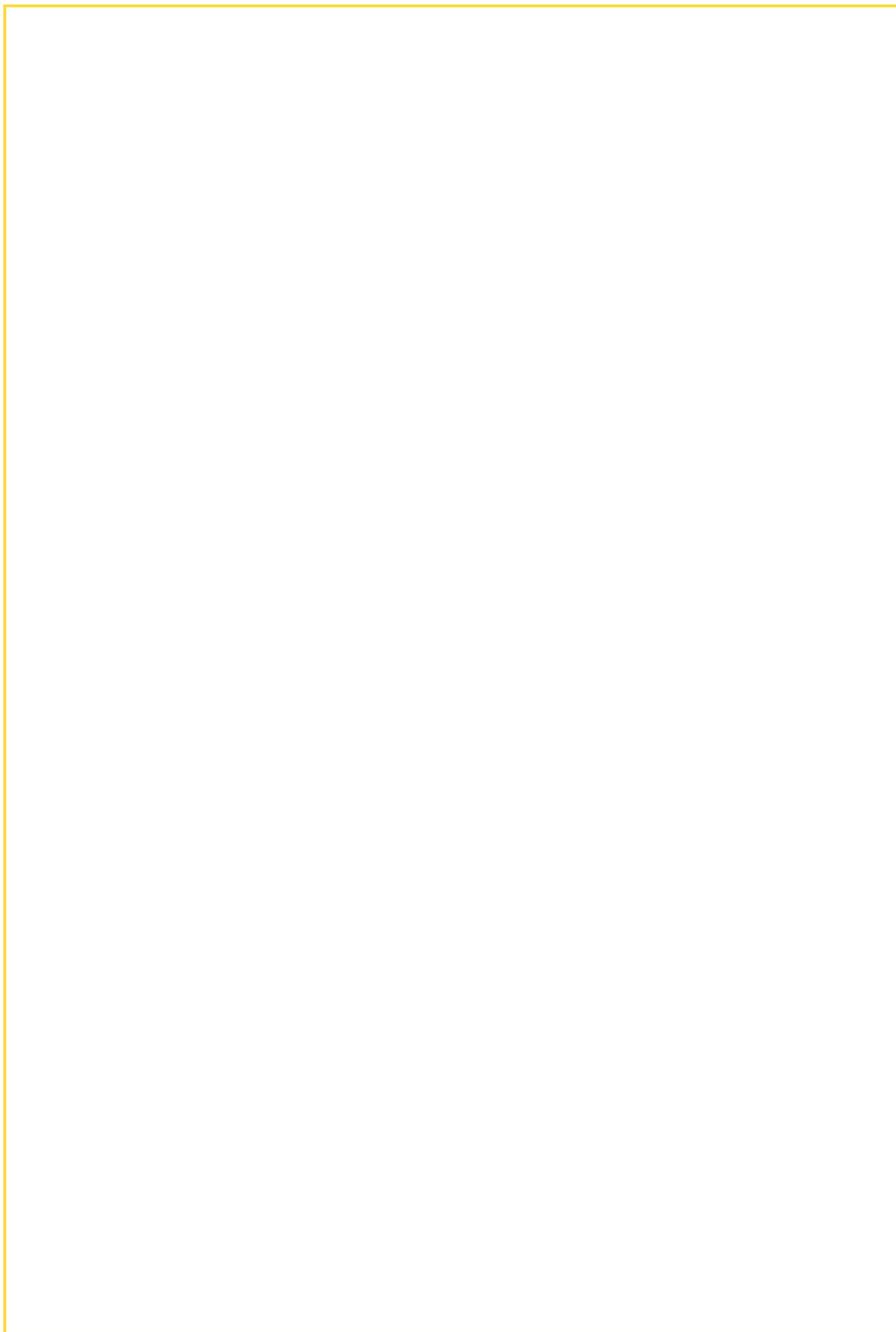
Klainin-Yobas, P., Cho, M. A. A., & Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 109-121. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.014>.

Reangsing, C., Rittiwong, T., & Schneider, J. K. (2020). Effects of mindfulness meditation interventions on depression in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 0(0), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1793901>.

Korukcu, O., & Kukulcu, K. (2017). The effect of the mindfulness-based transition to motherhood program in pregnant women with preterm premature rupture of membranes. *Health Care for Women International*, 38(7), 765-785. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1318882>.

Poletti, S., Razzini, G., Ferrari, R., Ricchieri, M. P., Spedicato, G. A., Pasqualini, A., ... Bandieri, E. (2019). Mindfulness-Based stress reduction in early palliative care for people with metastatic cancer: A mixed-method study. *Complementary Therapies in Medicine*, 47(October), 102218. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102218>.

Shorey, S., Ang, L., & Chee, C. Y. I. (2019). A systematic mixed-studies review on mindfulness-based childbirth education programs and maternal outcomes. *Nursing Outlook*, 67(6), 696-706. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.05.004>.



TÍTULO DO POSTER: O conforto em processos de transição na família em situação crítica: *Scoping Review*.

AUTORES: Inês Vaz¹; Patrícia Pontífice Sousa²; Rita Marques³

1. Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico: Pessoa em situação crítica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. (Lisboa, Portugal). ORCID: 0000-0003-2410-7307, Portugal
2. Doutora em Enfermagem, Professora na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Investigadora no CIIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (Lisboa, Portugal). ORCID: 0000-0003-2868-7468, Portugal.
3. Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa. Investigadora no CIIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (Lisboa, Portugal). ORCID: 0000-0003-2868-7468, Portugal

Introdução: O processo de cuidar da pessoa e família em situação crítica pressupõe intervenções de enfermagem promotoras de conforto, facilitadoras no processo de transição, melhorando a qualidade dos cuidados. O desconforto na família faz-se sentir na presença da doença, em especial em situação de doença crítica, dificultando a promoção do processo de transição. Meleis (2010) realça que numa situação transaccional de saúde/doença, compete ao enfermeiro assumir-se como elemento facilitador, tendo como finalidade potenciar a transição saudável, revelando-se como importante nos cuidados humanizados co-criado em enfermagem, dando sentido à personalização e individualidade dos cuidados de conforto à família (Sousa, 2020). O estudo pretende contribuir no conhecimento das intervenções de enfermagem inerentes ao conforto como facilitadores no processo de transição à pessoa e família em situação crítica no contexto hospitalar que estejam documentadas na literatura.

Objetivo: Mapear na evidência científica as intervenções de enfermagem confortadoras à família

da pessoa em situação crítica como facilitadoras no processo de transição, em contexto hospitalar.

Método: A estratégia de pesquisa para a realização desta scoping review contempla estudos publicados e não publicados (“literatura cinzenta”), estudos primários e revisões. Para a realização da *scoping review*, este estudo segue o protocolo preconizado pela Joana Briggs Institute (Peters, et al, 2020) com recurso à plataforma de pesquisa eletrónica EBSCOhost - Research Databases, ao qual estão indexadas bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde. Foram selecionadas as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. A questão de investigação que orienta o estudo de revisão foi adotado a estratégia PCC: Quais as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à família da pessoa em situação crítica como facilitadoras no processo de transição em contexto hospitalar? Sendo “P” a população (família com idade superior a 18 anos com vivência em situação crítica), “C” o conceito de interesse (intervenções de enfermagem confortadoras) e “C” o contexto (hospitalar). As palavras-chave utilizadas têm a seguinte fórmula booleana: (Critical Path) AND (Evidence-Based Nursing OR Clinical Competence) AND (Family Nursing OR Caregivers) AND (Critical Care Nursing) AND (Phase Transition) NOT (Child*).

Resultados: Identificaram-se 303 estudos dos quais foram excluídos por leitura de título 201 e de resumo 47, obtendo-se 9 para síntese. A evidência revelou que é fundamental incluir a família no plano de cuidados da pessoa

em situação crítica, aplicando várias intervenções confortadoras especializadas para um processo de transição saudável, nomeadamente: reconhecer quem é a família da pessoa em situação crítica (Svavarsdottir, Konradsdottir & Tryggvadottir, 2018; ; Lukewich, Taylor, Poitras & Martin-Misener, 2018; Barndt, 2018; Chen, Gerolamo, Harmon, Bistline, Sicks & Collins, 2018); adotar uma comunicação eficaz, assertiva e realista (Barndt, 2018; Montes, Paredes & Pérez, 2016; Chen, et al, 2018); demonstrar uma relação de ajuda entre enfermeiro e família (Barndt, 2018; Chen, et al, 2018; Moreira, Silva, Darder, Coutinho, Vasconcelos & Marques, 2018); demonstrar empatia (Blair & Wasson, 2015); orientar a família na tomada de decisão (Barndt, 2018); responsabilizar a família como cuidadora principal do doente (Barndt, 2018; Moreira, et al, 2018; Moura, Sousa, Pereira, Barroso, Miranda & Carvalho, 2019); avaliar o sistema de crença da família (Chibante, Santo & Aquino, 2015); avaliar o suporte social da família (Montes, et al, 2016; Lukewich, et al, Moura, et al, 2019); promover atividades de bem-estar e estilos de vida relaxantes (Chibante, et al, 2015; Montes, et al, 2016) e incluir a família nos cuidados à pessoa internada com promoção na educação para a saúde (Chibante, et al, 2015; Montes, et al, 2016; Chen, et al, 2018; Lukewich, et al, 2018; Moreira, et al, 2018; Moura, et al, 2019; Svavarsdottir, et al, 2018).

Conclusão: A família deve ser foco dos cuidados de enfermagem durante o processo de hospitalização do doente crítico, aplicando as intervenções confortadoras e promovendo a sua saúde.

Descritores: intervenções de enfermagem confortadoras; processos de transição; família; pessoa em situação crítica; scoping review.

Referências Bibliográficas:

Barndt, S. N. (2018). Death in Trauma: The Role of the ACNP in Patient Advocacy and Familial Support in End-of-Life Care Decision- Making. *Journal of Trauma Nursing*, 25, (3), 171-176.

Blair, A., & Wasson, K. (2015). Ethics Case: Professionalism and Appropriate Expression of Empathy When Breaking Bad News. *AMA Journal of Ethics*, 17 (2), 111-115.

Chibante, C., Santo, F., & Aquino, A. (2015). As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 7 (3), 2961-2973.

Lukewich, J., Taylor, S., Poitras, M., & Martin-Misener, R. (2018). Advancing Family Practice Nursing in Canada: Na Environmental Scan of International Literature and National Efforts toward Competency Development. *Nursing Research*, 31, (2), 66-78.

Meleis, A. I. (2010). Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, (664p). ISBN: 978- 0-8261-0535-6.

Montes, A., Paredes, L., & Pérez, J. (2016). Evaluación e Intervención de la Sobrecarga del Cuidador Informal de Adultos Mayores Dependientes: Revisión de Artículos Publicados entre 1997-2014. *Archivos de Medicina*, 16, (1), 144-154.

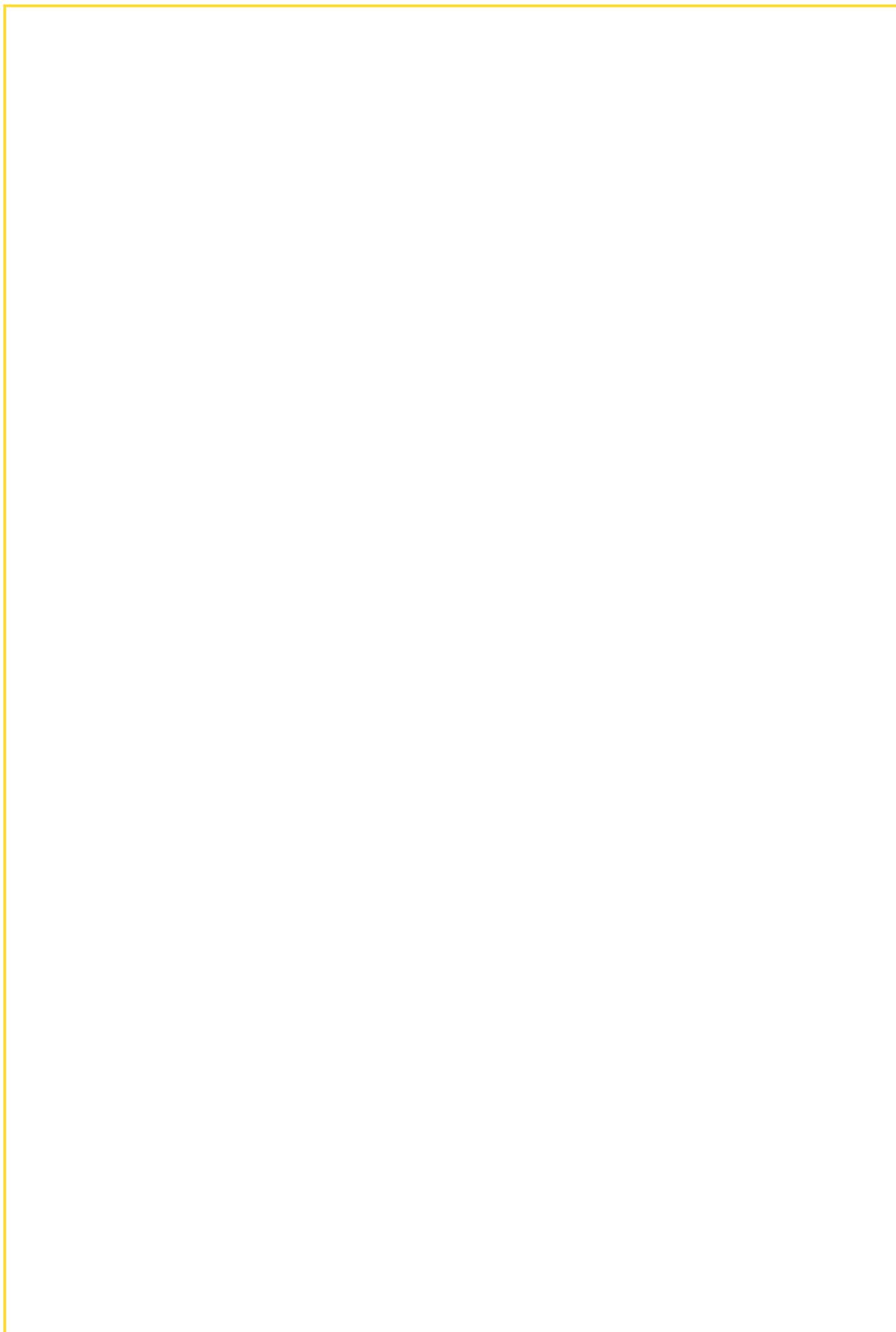
Moreira, A., Silva, M., Darder, J., Coutinho, J., Vasconcelos, M., & Marques, M. (2018). Efetividade da intervenção educativa no conhecimento-atitude-prática de cuidadores de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (3), 1118-1126.

Moura, K., Sousa, E., Pereira, K., Barroso, L., Miranda, M., & Carvalho, G. (2019). Workload of Informal Caregivers of Elderly at Risk. *Journal of Nursing*, 13, (5), 1183-1191.

Peters MD, Godfrey C, McInerney P., Munn Z., Tricco AC., Khalil H. (2020) JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI. Scoping Reviews. Chapter 11

Sousa, P. P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa*. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 9789725407042.

Svavarsdottir, E., Sigurdardottir, A., Konradsdottir, E., & Tryggvadottir, G. (2018). The impact of nursing education and job characteristics on nurse's perceptions of their family nursing practice skills. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 1297-1307.



TÍTULO DO POSTER: Intervenções de enfermagem na prestação do cuidado culturalmente congruente nos hospitais: *Scoping Review*.

AUTORES: Madalena Sarreira Horta Monteiro¹; Maria de Lurdes Martins¹

1. Mestranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde
2. Docente da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde

Introdução: O turismo e a imigração em Portugal têm aumentado. Em 2019, dos 10 295 909 de pessoas que viviam em Portugal, 1 094 557 pessoas eram estrangeiras e a maioria de fora da União Europeia (807 534 pessoas) (INE,2019). Esta realidade trouxe novos desafios ao nível da saúde e dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em contexto hospitalar. Madeleine Leininger introduz o conceito de cuidado culturalmente congruente que auxilia os enfermeiros a prestar cuidados de qualidade e holísticos aos seus doentes. Assim, surgiu a questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem na promoção do cuidado culturalmente congruente em contexto hospitalar?”.

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem na promoção do cuidado culturalmente congruente a pessoas de diferentes culturas em contexto hospitalar.

Método: Metodologia segundo Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris & Munn, 2020). O PCC são enfermeiros na prática de cuidados a pessoas culturalmente diversas adultas em contexto hospitalar. Como critérios de inclusão foram considerados estudos qualitativos e quantitativos e revisões da literatura, entre 2011 e 2021. Primeiro foi feita uma pesquisa limitada na PubMed e CINAHL (EBSCOhost), e análise das palavras de texto no título e resumo. Numa segunda fase foi adotada uma estratégia de pesquisa completa incluindo todas as

palavras-chave e conceitos de pesquisa identificados, para cada fonte de informação. Finalmente, as listas de referência dos estudos selecionados foram rastreadas para estudos adicionais. As bases de dados para a pesquisa foram PubMed (MEDLINE), CINAHL Plus with Full Text (EBSCOhost), Nursing & Allied Health Collection (EBSCOhost), Cochrane Plus Collection (EBSCOhost), MEDLINE with Full Text (EBSCOhost), LISTA (EBSCOhost) e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Para tratamento e análise de dados foi criada uma tabela de extração de dados e usado o diagrama PRISMA.

Resultados: De 79 artigos, 10 foram incluídos na revisão. Da análise dos estudos foi possível observar dois grupos de intervenções: as intervenções de nível organizacional e as intervenções a nível profissional/pessoal. As intervenções de nível organizacional referem-se à formação sobre cuidado cultural (Weber, O. et al, 2015) & (Santos, M. R. et al, 2020) & (Kaihlänen, A. M. et al, 2019) & (Krupic, F. et al, 2019), competência cultural (Bai, M. et al, 2017) & (Casillas, A. et al, 2014) & (Kaihlänen, A. M. et al, 2019) & (Yeo, T. P. et al, 2011), diversas culturas (Uzar-Ozçetin, Y. S. et al, 2020), a ser fornecida aos enfermeiros em contexto hospitalar. Também foi descrita a existência de pessoas de referência em cuidados transculturais nas unidades hospitalares (Weber, O. et al, 2015), elaboração de folhetos informativos em várias línguas (Weber, O. et al, 2015) e a utilização de intérpretes profissionais de modo a ultrapassar a barreira linguística

(Weber, O. et al, 2015) & (Krupic, F. et al, 2019). As intervenções a nível profissional/ pessoal identificadas foram o autoconhecimento e compreensão das suas próprias crenças culturais (Uzar-Ozçetin, Y. S. et al, 2020) & (Yeo, T. P. et al, 2011) e características comunicacionais (Vilela, J. M. S. & Janeiro, S. I. D., 2012) & (Kaihlanen, A. M. et al, 2019), compreender as dificuldades experimentadas pelos imigrantes (Kaihlanen, A. M. et al, 2019), aumentar a sensibilidade para as crenças culturais (Kaihlanen, A. M. et al, 2019) & (Uzar-Ozçetin, Y. S. et al, 2020), aprendizagem de outras línguas (Bai, M. et al, 2017), e preparação prévia das consultas com imigrantes recolhendo informações sobre diversas culturas (Krupic, F. et al, 2019).

Face a este desafio, a maioria dos estudos refere a importância da formação dos enfermeiros em cuidados culturais de forma a aumentarem a sensibilidade e a competência no cuidado cultural.

Descritores: enfermeiro, cuidado cultural, hospital, scoping review

Conclusão: O enfermeiro tem o desafio diário de cuidar de pessoas com diferentes crenças culturais. Outra intervenção mencionada é da consciencialização da sua própria cultura de modo a melhor reconhecer e respeitar a cultura do doente de quem cuidam.

Referências Bibliográficas:

Aromataris, E., Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Disponível em: <https://syntesismanual.jbi.global>.

Bai, M., Sui, X., Zhou, C., Li, Y., Li, J. Gao, R., Du, Z., Xu, L., Li, F. (2020). The challenge of cross-cultural care encounters: perspective of imported nurses in Lhasa, Tibet. *BioMed Research International*, 2020.

Casillas, A., Paroz, S., Green, A. R., Wolf, H., Weber, O., Faucherre, F., Ninane, F., Bodenman, P. (2014).

Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 14(9), 1-8.

INE. (2019). População residente (N.º) por Sexo, Grupo etário e Naturalidade (Grupos de países); Anual. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006032&contexto=bd&selTab=tab2.

Kaihlanen, A.M., Hietapakka, L., Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(38), 1-9.

Krupic, F., Grbic, K., Custovic, S., Senorski, E. H., Samuelsson, K. (2019). Immigrant patients in brief meetings with anaesthetist nurses - experiences from perioperative meetings in the orthopaedic setting. *Medicinski Glasnik*, 16(1), 93-101.

Sánchez-Ojeda, M. A., Arrebola, I. A., Vigil, M. A. G. (2017). The nursing department's view towards moroccan patients. *Rev Esc Enferm USP*, 2017.

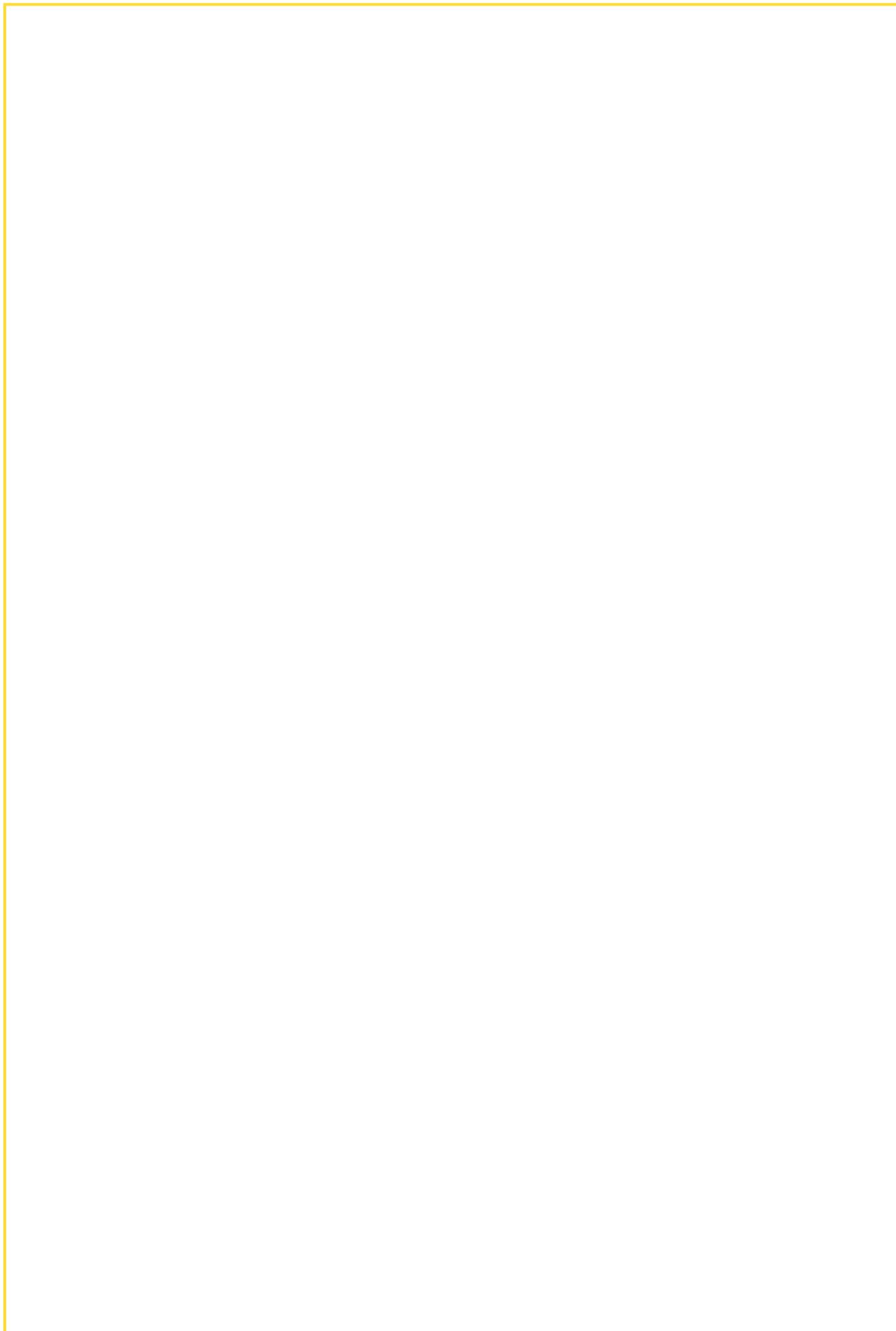
Santos, M. R., Koch, C., Prata, A. P. (2020). Construção e validação de um objeto de aprendizagem para enfermeiros. *Suplemento Digital Ver ROL Enferm*, 43(1), 342-346.

Uzar-Ozçetin, Y. S.; Tee, S.; Kargin, M. (2020). Achieving culturally competent cancer care: a qualitative study drawing on the perspectives of cancer survivors and oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 1-9.

Vilelas, J. M. S; Janeiro, S. I. D. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1), 120-127.

Weber, O., Sulstarova, B., Singy, P. (2015). Cross-Cultural Communication in Oncology: Challenges and Training Interests. *Oncology Nursing Forum*, 43(1), e24-e33.

Yeo, T. P., Phillips, J., Delengowski, A., Griffiths, M., Purnell, L. (2011). Oncology Nursing: Educating Advanced Practice Nurses to Provide Culturally Competent Care. *Journal of Professional Nursing*, 27(4), 245-254.



TÍTULO DO POSTER: Dever de informar do enfermeiro em situação de pandemia: a *Scoping Review*.

AUTORES: Raquel Souto.¹; Sofia Correia²; Lurdes Martins³; Sérgio Deodato³

1. EE-ICS-UCP;
2. CHLO, EPE;
3. ICS-UCP.

Introdução: A 11 de março de 2020 foi decretada a pandemia por COVID-19 com a justificação de “níveis alarmantes de propagação e inação” (World Health Organization [WHO], 2020). Esta decisão conduziu as unidades de saúde e IPSS a impor medidas restritivas de contacto, resultando no cancelamento das visitas de familiares a pessoas institucionalizadas em território nacional. As necessidades de informação das pessoas, famílias e comunidades aumentaram e as oportunidades de obter esclarecimentos diminuíram. Tendo em consideração o regime jurídico de informação em saúde e a deontologia profissional dos enfermeiros, este estudo pretende mapear a evidência existente sobre o dever de informar do enfermeiro em situação de pandemia.

Objetivo: Mapear a evidência sobre o dever de informar do enfermeiro em situação de pandemia.

Método: Esta revisão será conduzida de acordo com a método scoping review do Joanna Briggs Institute (Peters, et al, 2020). Foi realizada uma pesquisa inicial no motor de busca “ebSCO” e “B-on” nas bases de dados Academic Search Complete; Complementary Index; Supplemental Index; ScienceDirect e Directory of Open Access Journals com a estratégia de pesquisa (AB) nursing AND (AB) information AND (AB) pandemic. Os artigos foram filtrados pela data de publicação entre 2005 e 2020. Os critérios de elegibilidade segundo mnemónica PCC, sendo a população os enfermeiros, o conceito o dever de informar e o

contexto pandémico. Os critérios de exclusão são os artigos não se encontrem disponível em formato texto integral e não redigidos em inglês, português ou castelhano.

Resultados: A leitura de texto na integral foi realizada por 2 autores de forma independente. Esta revisão sustenta-se em 11 estudos e os seus resultados relatam que os enfermeiros cumprem o dever de informar, em situação de pandemia, através do ato de informar sobre recomendações de saúde pública para proteção e segurança dos utentes e da sua família (O’Boyle, et all, 2006). Também nos cuidados de enfermagem a pessoas em situação de doença psiquiátrica referem a necessidade de informar sobre alterações fisiológicas por confinamento (Chevance, et all, 2020). Destacam a importância do enfermeiro em fornecer informação utilizando estratégias de adaptação rigorosas para facilitar a compreensão do público de forma empática favorecendo a sua colaboração na aceitação de medidas implementadas (Iserson, 2020). As fontes de informação consideradas mais relevantes pela população durante a pandemia são os médicos e os enfermeiros (Lam & Hung, 2013).

Um dos estudos revela a importância do apoio psicológico quer para os profissionais quer para os familiares dos doentes, para fazer face as dificuldades sentidas. Estas dificuldades encontram-se descritas como segurança de famílias, gestão de ambiente, suporte emocional, prevenção de exaustão, higiene e alimentação (O’Boyle, et all, 2006).

Conclusão: Os enfermeiros sentem a necessidade de capacitar a comunidade para sua proteção e prevenção no seu quotidiano e referem a especial necessidade de apoio psicológico aos familiares de pessoas em situação de doença.

Descritores: Enfermagem, Pandemia, Informação, Dever de Informar, Deontologia

Referências Bibliográficas:

Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca, P. M., Thomas, P., Bocher, R., ... & Gaillard, R. (2020). Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *L'encephale*, 46(3), 193-201.

Iserson, K. V. (2020). Healthcare ethics during a pandemic. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(3), 477.

Lam, K. K., & Hung, S. Y. M. (2013). Perceptions of emergency nurses during the human swine influenza outbreak: A qualitative study. *International emergency nursing*, 21(4), 240-246.

O'Boyle C, Robertson C, & Secor-Turner M. (2006). Public health emergencies: nurses' recommendations for effective actions. *AAOHN Journal*, 54(8), 347-353. <https://doi.org/10.1177/216507990605400802>.

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

World Health Organization. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID 19. 11 March 2020, [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

TÍTULO DO POSTER: Vacinação contra o COVID-19 e a amamentação - evidência em tempos de pandemia.

AUTORES: Margarida Coelho¹; Rui Coelho¹

1. CHULN (Medicina III B); USF São João da Talha.

Introdução: A recente pandemia, provocada pelo COVID-19, trouxe consigo inúmeros desafios, à escala global, essencialmente ao nível da saúde pública. Causadora de grandes taxas de morbilidade e mortalidade, tornou-se imperativo encontrar uma solução para controlar a infeção e mitigar a doença. A vacinação surge como uma resposta para o controlo da infeção, apesar dos receios associados (OMSb, 2021). Um deles é relativo à amamentação, processo fisiológico, importante na dicotomia mãe-filho (Andrade et al., 2021). O aleitamento materno traz inúmeros benefícios para a mãe e o bebé, reconhecidos cientificamente: valor nutricional; proteção imunológica; menor contaminação; proteção contra a obesidade e diabetes; diminuição da morbimortalidade infantil (Victoria et al., 2018). No entanto, este processo traz comumente dificuldades, pelo que é essencial o conhecimento e orientação do profissional de saúde (Syeda et al., 2020). Para responder à questão “Qual a relação entre a vacinação contra o COVID-19 e a amamentação?”, foi realizada uma scoping review, segundo a metodologia de The Joanna Briggs Institute.

Objetivo: Mapear o efeito da vacinação contra o COVID-19 no bebé e na mãe que se encontra a amamentar.

Método: Após identificação dos descritores MESH, foi realizada pesquisa na PubMed, EBSCO Host e Google Scholar, com os descritores e fórmula seguintes: “COVID-19 Vaccines”

seguintes: “COVID-19 Vaccines” AND “Breast Feeding”. A mesma foi delimitada a free full text, português e inglês e entre 2020 e 2021 (coincidente com a pandemia). Foi definida como população: mulheres a amamentar, aleitamento materno exclusivo ou não, de qualquer idade, género, nacionalidade, cultura ou etnia. Foram obtidos 329 resultados dos quais, após aplicação dos critérios de inclusão, foram incluídos na revisão 15 artigos. Para a extração dos resultados, foram construídas tabelas, bem como o Fluxograma PRISMA.

Resultados: Todos os artigos sugeriram que a vacina não oferece risco, nem transmite o vírus ao bebé. Ao analisar o leite materno, foram detetados anticorpos e células T no leite, sendo que conferem uma proteção do bebé através da amamentação (Adhikari & Spong, 2021; Davanzo et al., 2021; Fox et al., 2021; Golan et al., 2021; Mayo & Monfort, 2021; Perl, 2021; Valcarce et al., 2021). Neste contexto, e porque a evidência refere que não há transmissão de nenhum componente da vacina, as mães não deverão cessar a amamentação após a vacinação (Davanzo et al., 2021; OMSa, 2021; Rasmussen & Jamieson, 2021; Riley, 2020; Zipursky et al., 2021), e ainda de que deve dar-se a opção de a mulher ser imunizada ou não (Rasmussen & Jamieson, 2021; Merewood, 2021; Rimmer, 2021). Apesar de os estudos ainda serem muito escassos, os já existentes salientam ainda que houve redução da produção de leite (que reverteu em 72h), alteração da coloração do leite (azul-verde), irritabilidade,

insónia, sonolência (Bertrand, Honerkamp-Smith & Chambers, 2021) e febre nos bebés (Perl, 2021). Os estudos foram dirigidos na sua grande maioria para vacinas com a fórmula de RNA mensageiro.

Conclusão: As evidências sugerem que a vacinação na amamentação traz benefícios, nomeadamente na transmissão de anticorpos através do leite materno, permitindo concomitantemente a imunização do bebé.

Descritores: Vacinação; Infecções por Coronavírus; Aleitamento Materno

Referências Bibliográficas:

Adhikari, E., Spong, C. (2021). COVID-19 Vaccination in Pregnant and Lactating Women. *JAMA*, março. 325(11): 1039-1040.

Andrade, L. P., Heringer, K. R., Andrade, M. E., S., Blane, H. N. H., Almeida, T. F., Carneiro, M. B. (2021). Amamentação: relato de experiência sobre projeto de extensão. *Brazilian Journal of Health Review*. 4(2): 3989-4004. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-002>.

Bertrand, K., Honerkamp-Smith, G., Chambers, C. (2021). Maternal and child outcomes reported by breastfeeding women following mRNA COVID-19 vaccination. *BMJ*, abril. <https://doi.org/10.1101/2021.04.21.21255841>.

Davanzo, R., Agosti, M., Cetin, I., Chiantera, A., Corsello, A., Ramenghi, L. A., Staiano, A., Tavio, M., Villani, A., Viora, E., Mosca, F. (2021). Breastfeeding and COVID-19 vaccination: position statement of the Italian scientific societies. *Italian Journal of Pediatrics*. 47(45): 2-4. doi.org/10.1186/s13052-021-00998-6.

Fox, A., Norris, C., Amanat, F., Zolla-Pazner, S., Powell, R. L. (2021). The vaccine-elicited immunoglobulin profile in milk after COVID-19 mRNA-based vaccination is IgG-dominant and lacks secretory antibodies. *BMJ*, março. doi.org/10.1101/2021.03.22.21253831.

Golan et al. (2021). Immune response during lactation after anti-SARS-CoV2 mRNA vaccine. *BMJ*, março. [doi: https://doi.org/10.1101/2021.03.09.21253241](https://doi.org/10.1101/2021.03.09.21253241).

Golan et al. (2021). Immune response during lactation after anti-SARS-CoV2 mRNA vaccine. *BMJ*, março. [doi: https://doi.org/10.1101/2021.03.09.21253241](https://doi.org/10.1101/2021.03.09.21253241).

Merewood, A., Bode, L., Davanzo, R., Perez-Escamilla, R. (2021). Breastfeed or be vaccinated – a nun reasonable default recommendation. *The Lancet*, fevereiro. 397. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00197-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00197-5).

OMSa (2021). Interim recommendations for the use of the Janssen Ad26.CO2.S(COVID-19) vaccine. SAGE, março. Retirado de: [WHO/2019-nCoV/vaccines/SAGE_recommendation/Ad26.CO2.S/2021.1](https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/covid-19-vaccines).

OMSb (2021). Statement of the WHO Global Advisory Committee on Vaccine Safety (GACVS) COVID-19 subcommittee on safety signals related to the AstraZeneca COVID-19 vaccine. Retirado de: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/covid-19-vaccines>.

Perl, S. H., Uzan-Yulzari, A., Klatner, H., Asiskovich, L., Youngster, M., Rinott, E., Youngster, I. (2021). SARS-CoV2 - Specific Antibodies in Breast Milk After COVID-19 Vaccination of Breastfeeding Women. *JAMA*, abril. [doi:10.1001/jama.2021.5782](https://doi.org/10.1001/jama.2021.5782).

Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J. (2021). Pregnancy, Postpartum Care, and COVID-19 Vaccination in 2021. *JAMA - Women's Health*, março. 325(11): 1099-1100.

Riley, L. E., Beigi, R., Jamieson, D. J., Hughes, B. L., Swamy, G., Eckert, L. O., GyamU-Bannerman, C., Turrentine, M. (2020). Vaccinating Pregnant and Lactating Patients Against COVID-19. *ACOG*, dezembro.

Rimmer, A. (2021). Covid-19: Breastfeeding women can have vaccine after guidance turn around. *BMJ*. 372(64). doi:10.1136/bmj.n64.

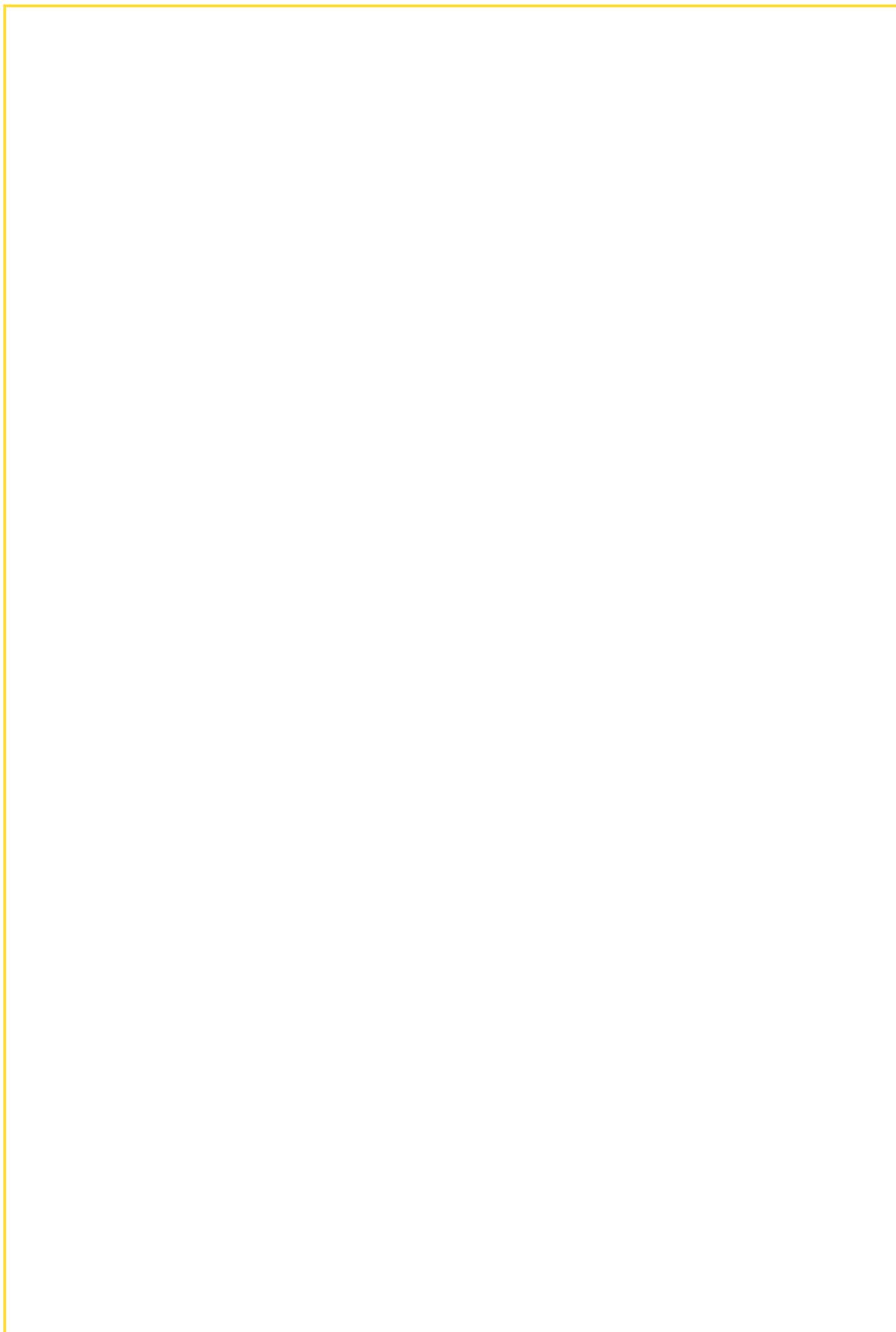
Syeda, B., Agho, K., Wilson, L., Maheshwari, G. K., Raza, M. Q. (2021). Relationship between breastfeeding duration and undernutrition conditions among children aged 0-3 Years in Pakistan. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 8(1): 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.01.006>.

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V., Horton, S., Krusevec, J. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, janeiro; doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

Valcarce, V., Stafford, L., Neu, J., Cacho, N., Parker, L., Mueller, M., Burchfield, D., Li, N., Larkin, J. (2021). Detection of SARS-CoV-2 specific IgA in the human milk of COVID-19 vaccinated, lactating health care workers. <https://ssrn.com/abstract=3824679>.

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V., Horton, S., Krusevec, J. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, janeiro; doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

Zipursky, J. S., Greenberg, R. A., Maxwell, C., Bogler, T. (2021). Pregnancy, breastfeeding and the SARS-CoV-2 vaccine: anethics-based framework for shared decision-making. *CMAJ*, março. 193(9): E312-E314. doi:10.1503/cmaj.202833.



TÍTULO DO POSTER: O impacto do sono no desempenho dos atletas.

AUTORES: Cristiana Moura¹; Vera Palmeiro²; Margarida Lourenço³

1. Enfermeira Generalista no Hospital Beatriz Ângelo;
2. Enfermeira Generalista no Posto fixo da Cruz Vermelha Portuguesa;
3. Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: O sono é um fenómeno cíclico e essencial aos seres vivos. É uma necessidade fisiológica fundamental que afeta o equilíbrio físico e cognitivo do ser humano (DelRosso & Han, 2021). A privação do sono influencia a performance de um atleta negativamente. (Soares, 2011) Existem várias particularidades que influenciam o rendimento dos atletas, tais como a duração e intensidade do exercício, a alimentação, ou o período entre o término da atividade física e o início do sono (Oliveira, 2016).

Objetivo: Identificar de que modo o sono influencia o rendimento dos atletas, indicar as estratégias que o atleta pode adotar para melhorar o padrão de sono e realçar a intervenção do enfermeiro no desporto e o seu contributo para a equipa multidisciplinar.

Método: Realizou-se uma revisão narrativa da literatura através de uma pesquisa livre em várias bases de dados: Google Académico, SCIELO, SCIENCEDAILY e RCAAP. A população alvo são os atletas independentemente da modalidade e idade, sem friso temporal.

Resultados: Os resultados obtidos através da análise da literatura selecionada afirmam que os atletas com privação do sono manifestam uma alimentação pouco saudável que causa desequilíbrios na secreção de

insulina e aumenta o risco para doenças como a obesidade e a diabetes (Ramos, 2020). As alterações de humor, a fadiga e perturbações como a ansiedade são identificadas como consequências da privação do sono, assim como, o aumento da incidência de lesões (Antunes & Andersen & Tufik & Mello, 2008; Soares, 2011). A programação rigorosa dos treinos, as deslocações em competição (Antunes & Andersen & Tufik & Mello, 2008; Costa, 2000; Soares, 2011; Oliveira, 2006). A utilização de dispositivos eletrónicos antes de dormir, devido à luz artificial, faz com que ocorra a inibição da secreção da hormona indutora do sono - a melatonina (DelRosso & Han, 2021). Promover um ambiente calmo e evitar estimulantes são algumas das estratégias identificadas pelos autores, para melhorar a qualidade do sono (Ramos, 2020). Os próprios atletas e treinadores realçam a importância do sono na recuperação dos atletas, tal como a presença do enfermeiro, como membro da equipa multidisciplinar (Antunes, 2020). O enfermeiro é um profissional com competências e conhecimentos generalizados no âmbito da saúde e as suas intervenções visam a evolução e o melhor desempenho do atleta. O acompanhamento do enfermeiro permite articular com os atletas para adquirirem estratégias para uma correta higiene do sono; demonstrar a importância da periodização dos treinos aos treinadores e estabelecer avaliações dos parâmetros de saúde (Costa, 2020; Ramos, 2020; Soares, 2011).

Conclusão: Através deste estudo, confirma-se a existência de uma interligação entre o sono, a recuperação fisiológica e a capacidade do atleta treinar no seu melhor rendimento. A adoção de determinados comportamentos pode ser adjuvante num padrão de sono adequado e deve ser incentivada por algum membro da equipa como o enfermeiro. Um profissional diferenciado que ajuda a desenvolver estratégias e programas de cuidados de saúde, gere as necessidades psicossociais e promove o rendimento dos atletas, tornando-se fundamental na equipa de saúde de uma equipa.

Descritores: Sono, enfermagem, desempenho, atletas e exercício físico.

Referências Bibliográficas:

Antunes, H.K.M; Andersen, M. L.; Tufik, S. e Mello, M. T. (02/2008). Privação do sono e exercício físico. Revista Bras Med Esporte Vol. 14 No.1 Niterói Jan./Feb. 2008. Acedido em 22/05/2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922008000100010&script=sci_arttext.

Antunes N. (11/2020). Intervenção do Enfermeiro numa Equipa de Futebol Juvenil - Experiência de uma Época Desportiva | Nurse 's Intervention in a Youth Football Team - Experience of a Sports Season. Acedido em 20/05/2021, em (PDF) Intervenção do Enfermeiro numa Equipa de Futebol Juvenil - Experiência de uma Época Desportiva | Nurse's Intervention in a Youth Football Team - Experience of a Sports Season (researchgate.net).

Costa, J. A. (04/2020). A importância, monitorização e higiene do sono em jogadores de futebol. Acedido em 20/05/2021, em: [Importance-Monitoring-and-Sleep-Hygiene-in-FootballPlayers.pdf](http://researchgate.net/publication/341111111-Importance-Monitoring-and-Sleep-Hygiene-in-FootballPlayers.pdf) (researchgate.net). DelRosso, L e Han, F. (19/03/2021). Regular Sleep for a Healthy Future. Acedido em 4/05/2021, em: <http://worldsleepday.org/>.

Oliveira, J. R. O. (2016). Sono, melatonina e exercício físico. Projeto de Pós-Graduação apresentado à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde.

Ramos, I. E. R. V. M. (2020). Nutrição, sono e atletas: o que sabemos? Repositório do Porto. Acedido em 28/05/2021, em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/128502/2/412146.pdf>

Soares, M. J. R. C. (2011). Influência da qualidade do sono na performance dos atletas de alta competição. Dissertação, Artigo de Revisão Bibliográfica, Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

TÍTULO DO POSTER: Implicações do aleitamento materno exclusivo, nos primeiros 6 meses de vida, na obesidade infantil - a *Scoping Review*.

AUTORES: Leonor Carlos¹; Madalena Gouveia¹; Filipa Martins¹; Margarida Ramalho¹; Madalena Soares¹; Cândida Ferrito²

1. Estudantes CLE 3, Escola de Enfermagem Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
2. Docente Escola de Enfermagem Lisboa, ICS, UCP.

Introdução: O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é recomendado pela OMS e a UNICEF como suficiente para suprir as necessidades da criança nos primeiros 6 meses de vida, contudo, a partir dessa idade, deve ser suplementado adequadamente o nível nutricional. Sendo o Aleitamento Materno (AM) considerado a melhor fonte de nutrientes para o recém-nascido, promove uma diversidade de benefícios, tanto para a mãe, como para a criança, entre os quais o possível efeito protetor contra o excesso de peso e obesidade infantil^{7;8}. Assim, com esta revisão procuramos responder à questão: “Qual a influência do aleitamento materno exclusivo, nos primeiros 6 meses de vida, na obesidade infantil?”.

Objetivo: Mapear a influência da amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida na obesidade infantil.

Método: A Scoping Review foi conduzida segundo o método de revisão proposto pelo Instituto Joanna Briggs (Peters, et al, 2020). Foram utilizadas as bases de dados B-on, Scielo e Ebsco Host para pesquisa de artigos relacionados com a temática, e utilizados os termos “exclusive breastfeeding for 6 months” AND “child obesity” NOT “pregnancy or pregnant or prenatal or antenatal or perinatal or maternal”. Como critérios de elegibilidade (PCC) definimos, População “crianças amamentadas exclusivamente até aos 6 meses de idade”, Conceito,

“amamentação exclusiva na prevenção da obesidade infantil” e não foi definido Contexto. Na Ebsco Host a pesquisa foi condicionada pela disponibilidade de texto integral, pelo tipo de fonte (revistas académicas), pela data de publicação (2016- 2021) e pelo idioma (português, espanhol e inglês). Na B-on o processo de pesquisa foi semelhante, à exceção da janela temporal que, neste caso, foi de apenas 3 anos (2019- 2021). Na Scielo, as limitações foram a língua (português, espanhol e inglês), o tipo de fonte (artigos científicos) e a janela temporal de 5 anos anteriores a 2021. No total foram encontrados 486 resultados, selecionados por etapas (Fig. 1 - Fluxograma de PRISMA). Foram então selecionados 6 artigos por apresentarem um título, resumo e texto integral pertinentes quando analisados à luz da problemática da presente Scoping Review.

Resultados: Dos 6 artigos selecionados, todos realçam a amamentação como fator protetor da obesidade. Os artigos demonstram uma forte associação entre o AME durante os primeiros 6 meses de vida e a prevalência de obesidade, existindo uma (probabilidade entre 20% a 97% menor de desenvolvimento de obesidade em crianças exclusivamente amamentadas durante os 6 primeiros meses de vida). Apenas um estudo difere nos seus resultados, indicando que crianças com a amamentação exclusiva durante os 6 primeiros meses de vida têm mais probabilidade de desenvolver obesidade.

Conclusão: Os estudos analisados demonstram a amamentação como um fator protetor da obesidade, dado que os lactentes que foram alimentados com aleitamento materno exclusivo, nos primeiros 6 meses de vida, demonstraram ter menor probabilidade de desenvolver obesidade.

Descritores: Aleitamento materno exclusivo. Obesidade infantil. Criança.

Referências Bibliográficas:

da Costa Macêdo, R., Ramos, C. V., de Azevedo Paiva, A., do Carmo de Carvalho e Martins, M., Landim Almeida, C. A. P., & Sampaio da Paz, S. M. R. (2020). Association between breastfeeding and overweight in preschoolers. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 33, 1-8. <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2020AO002>.

Paca-Palao, A., Huayanay-Espinoza, C. A., Parra, D. C., Velasquez-Melendez, G., & Miranda, J. J. (2021). Association between exclusive breastfeeding and obesity in children: a cross-sectional study of three Latin American countries. *Gaceta Sanitaria*, 35(2), 168-176. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.002>.

Rito, A. I., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., Solano, M. G., Fijałkowska, A., Sturua, L., Hyska, J., Kelleher, C., Duleva, V., Milanović, S. M., Sant'Angelo, V. F., Abdrakhmanova, S., Kujundzic, E., Peterkova, V., Gualtieri, A., Pudule, I., ... Breda, J. (2019). Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity in 22 countries: The WHO European childhood obesity surveillance initiative - COSI 2015/2017. *Obesity Facts*, 12(2), 226-243. <https://doi.org/10.1159/000500425>.

Rosa, L. C. D. da, TRAEBERT, E., NUNES, R. D., GHIZZO FILHO, J., & TRAEBERT, J. (2019). Relationship between overweight at 6 years of age and socioeconomic conditions at birth, breastfeeding, initial feeding practices and birth weight. *Revista de Nutrição*, 32, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1678-9865201932e190033>.

Song, Q., Yang, Y., Liu, X., Yang, C., Huang, X., Zhou, H., & Wang, Y. (2020). Breastfeeding Practices and Overweight/Obesity Among Children Under 5 Years of Age: A Multistage Random Sampling Survey in Central and Western China. *Maternal and Child Health Journal*, 24(8), 998-1007. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02945-z>.

Tian, Q., Gao, X., et. al., (2019). Effect of feeding patterns on growth and nutritional status of children aged 0-24 months: A Chinese cohort study. *PloS one*, 14(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224968>.

Tomada, I. (2011). Obesidade infantil: uma epidemia à escala mundial. *Cadernos de Saúde*, 4 (Especial), 27-32. <https://doi.org/10.34632/cadernosde saude.2011.3030>.

Sequeira, C. & Néné, M. *Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica* (2018). Lisboa. Lidel.

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-19>

TÍTULO DO POSTER: Necessidades de Formação em Cuidadores Formais: a *Scoping Review*.

AUTORES: Irene Santos¹; Rui Coelho²

1. Prof^a Dr^a no Instituto Politécnico de Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém Docente Escola de Enfermagem Lisboa, ICS, UCP.
2. USF São João da Talha - Mestrando no Instituto Politécnico de Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

Introdução: Para fazer face ao envelhecimento populacional, têm surgido diversas respostas por parte das políticas e sistemas de saúde (Carvalho, 2020; Diniz et al., 2018). O cuidado formal é prestado por profissionais devidamente qualificados que, seja ao nível domiciliário e/ou institucional, têm uma preparação específica para desempenhar esse papel, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional e sendo por isso remunerados (Batista, Almeida & Ancman, 2014; Chambel, 2016; Sequeira, 2018;). No entanto, apesar do investimento cada vez maior nestes profissionais, ainda há falhas, nomeadamente ao nível da sua formação, o que afeta a qualidade dos cuidados prestados (Sousa, 2011). Neste contexto, surgiu a questão “Quais as necessidades de formação nos cuidadores formais?”.

Objetivo: Mapear as necessidades de formação nos cuidadores formais.

Método: Foi realizada uma scoping review, segundo a metodologia de The Joanna Briggs Institute. Após identificação dos descritores MESH, foi efetuada pesquisa na PubMed, EBSCO Host e Google Scholar, com a seguinte fórmula: "allied health personnel" AND "needs assessment" AND "education".

Definida população a incluir como cuidadores formais (profissionais devidamente qualificados, ao nível domiciliário e/ou institucional, com uma preparação específica para o cuidado, integrados no âmbito de uma atividade profissional e sendo por isso remunerados), de qualquer idade, género, nacionalidade, cultura ou etnia. Pesquisa limitada a free full text, português e inglês, e entre [2015-2020] (período temporal alargado devido à existência de poucos artigos). Obtidos 222 artigos; amostra final de 2 artigos. Construídas tabelas com a extração dos resultados e o Fluxograma PRISMA.

Resultados: Os artigos incluídos foram um estudo observacional transversal, dirigido para profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados paliativos diretos a utentes internados (Namasivayam & Barnett, 2016); e um estudo quantitativo, dirigido para professores de um centro médico universitário de cuidados de saúde primários e prestadores de serviços sociais e comunitários (Satre et al., 2012). Foi evidente em ambos a necessidade de formação para uma melhoria da prestação de cuidados para maior confiança dos prestadores na sua intervenção prática (Namasivayam & Barnett, 2016; Satre et al., 2012). Identificadas necessidades de formação direcionadas especificamente para a área dos cuidados paliativos, como alívio da dor e sofrimento do utente, e gestão de todos os aspetos emocionais envolventes que permitam uma transição saudável também aos próprios cuidadores (Namasivayam &

Barnett, 2016); bem como para a morbilidade e mortalidade associadas ao abuso de substâncias, evidenciando-se a necessidade de materiais cujos conteúdos contribuíssem para uma melhoria dos cuidados na prática e a sua autoeficácia (Satre et al., 2012).

Conclusão: A evidência identificou a saúde mental, mais direcionada para o contexto emocional, e a formação sobre a prática em cuidados paliativos bem como abuso de substâncias, como necessidades de formação em cuidadores formais, assim como a existência de materiais com conteúdos que contribuam para a prática e autoeficácia dos cuidadores. Necessitam de ser desenvolvidos mais estudos neste âmbito. Sendo uma scoping review, os resultados não constituem recomendações para a prática baseada na evidência.

Descritores: Pessoal Técnico de Saúde; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Literatura de Revisão como Assunto.

Referências Bibliográficas:

Batista, M. P. P., Almeida, M. H. M., Ancman, S. (2014). Formal elderly caregivers: historical background in the Brazilian context, outubro/dezembro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 17(4): 879-885. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13148>.

Carvalho, A. C. F. (2020). Análise de função: os cuidadores formais em Portugal e Holanda. [Dissertação de Mestrado, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/21032>.

Chambel, D. A. A. (2016). Trabalhar com idosos institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais. *Cuidadores Formais De Idosos Institucionalizados: Perceções e Satisfação Profissional*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação, Escola Superior de Saúde de Portalegre]. 2016. Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17845/1/Trabalhar%20com%20Idosos%20Institucionalizados%20An%C3%A1lises%20dos%20Niveis%20de%20Sobrecarga%20de%20Cuidadores%20Formais.pdf>

Diniz, M. A. A., Melo, B. R. S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. O., Gratão, A. C. M. (2018). Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, novembro. 23(11): 3789-3798. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>.

Namasivayam, P., Barnett, T. Providing palliative care in a rehabilitation setting: a staff needs assessment. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*. 2016; agosto 19(2): 8-14.

Satre, D. D., McCance-Katz, E. F., Moreno-John, G., Julian, K. A., O'Sullivan, P. S., Satterfield, J. Using Needs Assessment to Develop Curricula for Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in Academic and Community Health Settings. *Subst. Abuse*. 2012; março 33(3): 298-302. Disponível em: [doi:10.1080/08897077.2011.640100](https://doi.org/10.1080/08897077.2011.640100).

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*, 2ª edição. LIDEL.

Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Príncipia.

TÍTULO DO POSTER: Relação entre a COVID-19 e a miosite: Revisão de Etiologia e Risco.

AUTORES: Carolina Correia¹; Francisca Raimundo¹; Inês Anacleto¹; Patrícia Lisboa¹; Rita Mascarenhas¹; Cândida Ferrito²

1. Estudantes CLE 13. Escola de Enfermagem de Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
2. Docente na Escola de Enfermagem de Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: Atendendo ao recente surgimento do SARS-CoV-2, a evidência científica demonstra-se ainda limitada. No entanto, a documentação revela uma associação do vírus com doenças autoimunes, o que nos leva a questionar qual a relação que existe entre a COVID-19 e a miosite. Recentemente surgiram estudos que sugerem que a infeção por SARS-CoV-2 pode estar na origem de doenças autoimunes e autoinflamatórias. A infeção viral é conhecida por ser uma das razões que desencadeiam doenças autoimunes e, uma vez que o SARS-CoV é um gatilho autoimune, supõe-se que o SARS-CoV-2 também o possa ser (Sacchi, M. C., Tamiazzo, S., Lauritano, E.C., Bonometti, R., 2020). Para identificarmos dados atualizados sobre esta interação definimos como a nossa pergunta de revisão: Qual é a relação entre a COVID-19 e a miosite?

Objetivo: Identificar, através dos artigos publicados, se existe relação entre a COVID-19 e a miosite.

Método: Realizada uma revisão de etiologia e risco de acordo com Joanna Brigues Institute (JBI) (Moola et al., 2020). Foi realizada uma pesquisa inicial nas bases PubMed e EBSCO, de forma a identificar artigos sobre a temática. A estratégia de pesquisa utilizada nas bases PubMed e EBSCO foram Myositis AND COVID-19. Restringimos a pesquisa ao ano 2020-2021.

Os critérios de elegibilidade foram de acordo com o PEO, sendo P (população) - doentes com COVID-19 e miosite, E (exposição de interesse) - COVID-19 e O (outcome) - miosite. A seleção dos artigos foi feita através da leitura do título e resumo, seguida da leitura do texto integral.

Resultados: Foram analisados 6 artigos, sendo 4 estudos de caso, 1 serie de casos e 1 retrospectivo. Após a análise dos dados verificámos que, em todos os artigos, foi identificada uma elevação dos níveis de creatina quinase (CK) e de Proteína C-reativa (PCR), que podem estar associados à miosite aguda (Tawfeeq, H., Witham, F., Dulay, G. S., 2021). Além disso, através dos testes de imagem (nomeadamente raio X, angio-TC pulmonar, ressonância magnética e tomografia computadorizada) em todos os estudos a miosite manifestou-se bilateralmente, sendo que na maioria se verificou um edema dos locais afetados. Em doentes ventilados pode ocorrer miopatia crítica dos músculos respiratórios havendo assim sinais de miosite. No entanto, no estudo de Mehan, W. A., et al. (2020), a etiologia da miosite não está associada à ventilação, uma vez que dos 7 utentes com infeção por SARS-CoV-2 e com miosite, 3 não foram entubados.

Conclusão: Com os estudos disponíveis ainda não é possível determinar de forma clara a relação entre a COVID-19 e a miosite.

Descritores: Myositis, COVID-19, etiologia, risco.

Referências Bibliográficas:

Mehan, W. A., Yoon, B. C., Lang, M., Li, M. D., Rincon, S., Buch, K. (2020). Paraspinal Myositis in Patients with COVID-19 Infection. *AJNR. American journal of neuroradiology*, 41(10), 1949-1952. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A6711>.

Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Lisy, K., Qureshi, R., Mattis, P., Mu, P. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-08>.

Sacchi, M. C., Tamiazzo, S., Lauritano, E.C., Bonometti, R. (2020). Case report of COVID-19 in an elderly patient: could SARS-CoV-2 trigger myositis? *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. pág. 11960-11963.

Tawfeeq, H., Witham, F., Dulay, G. S. (2021). COVID-19 related calcific myositis cases. *BJR case reports*, 7(1), 20200120. <https://doi.org/10.1259/bjrcr.20200120>.

TÍTULO DO POSTER: Capacitar Para Salvar: o Desenho de um Projeto de Aprendizagem em Serviço

AUTORES: Isabel Cristina Mascarenhas Rabiais¹; Patrícia Marques Henriques²; José Rodrigues³; Manuela Gomes⁴; António Borges⁵; Mariana Batista⁶; Leonor Pais⁶

1. Rn; MsC; PhD; Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa.
2. Enfermeira no Centro Clínico Champalimaud.
3. Enfermeiro em Hemodiálise na Diaverum Queluz, Portugal.
4. Enfermeira no Bloco Operatório de Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Marta.
5. Enfermeiro Chefe no Departamento Cirúrgico do Hospital das Forças Armadas.
6. Estudante do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: A promoção e proteção da saúde enfatiza a importância de obter ganhos de forma individual ou coletiva através de objetivos comuns que se revelem determinantes em saúde, a integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis, potenciando ganhos em saúde (Direção-Geral da Saúde; Ministério da Saúde, 2015). A realização do projeto justifica-se, considerando que a principal causa de morte em Portugal são as doenças cardiovasculares e a capacidade de atuação com qualidade aumenta a probabilidade de sobrevivência da vítima (American Heart Association, 2020). O projeto é suportado por workshops de sessões de educação para a saúde sobre Suporte Básico de Vida, tendo por base a missão da Universidade Católica Portuguesa “produzir e partilhar conhecimento crítico, inovador e socialmente relevante, ao serviço do desenvolvimento integral da pessoa e do bem comum” (Universidade Católica Portuguesa, 2016).

Objetivos: Capacitar os estudantes para uma intervenção cívica, enquanto agentes promotores de saúde, prevenindo a doença e construindo uma sociedade saudável, onde suscitar estas experiências também é educar para a cidadania com repercussões para a coesão social.

Método: Assume a metodologia de aprendizagem em serviço através da ação e reflexão crítica sobre as necessidades humanas e sociais numa lógica de ética e justiça, integrando o serviço à comunidade com a dimensão curricular. O planeamento das formações integra uma componente teórica e prática, monitorizada pelos formadores, salvaguardando a qualidade técnica e científica das mesmas. É apresentado o contexto e o público-alvo constituído maioritariamente por estudantes de escolas básicas e secundárias.

Resultados: Entre 2017 e 2021, as sessões foram realizadas presencialmente e por Zoom Colibri® devido à situação pandémica, com uma duração média de 90 minutos. A avaliação das sessões foi realizada por um total de 2420 formandos distribuídos por um total de 13 escolas e outros 7 locais de formação. Os questionários passaram a ser realizados via Google Forms®, por questões ecológicas. A avaliação aos estudantes formadores concretiza-se por reflexões sobre as competências desenvolvidas e adquiridas com a preparação, realização e avaliação dos workshops no âmbito do projeto. A utilização destes momentos com carácter de reflexividade sobre a forma como cada um se coloca em cada contexto, torna consciente a razão de

cada tomada de decisão, constituindo-se momentos de crescimento pessoal pelo melhor conhecimento de si, e profissional, pelo desenvolvimento de competências específicas (Rabiais, 2016). Foi criada uma conta pública no Instagram com conteúdos formativos, entre outras publicações relevantes, que conta atualmente com mais de 400 seguidores. Com esta plataforma online fomos contactados por 5 novas escolas interessadas nas ações de formação do Projeto Capacitar Para Salvar.

Conclusão: O projeto de aprendizagem em serviço constitui uma metodologia educativa por promover aos estudantes uma compreensão mais abrangente dos conteúdos curriculares e simultaneamente um maior sentido de responsabilidade cívica. Os estudantes desenvolveram conhecimentos e competências quer através de vivências e intervenções ao ensinar suporte básico de vida, quer através de um processo contínuo de reflexão guiada.

Descritores: Aprendizagem; Prática Reflexiva; Estudantes; Comunidade.

Referências Bibliográficas:

American Heart Association. (2020). Destaque das Diretrizes de RCP e ACE. Dallas, Texas, United States of America: American Heart Association. Direção-Geral da Saúde; Ministério da Saúde. (Maio de 2015).

Serviço Nacional de Saúde. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-eExtensao-a-2020.pdf.pdf>.

Universidade Católica Portuguesa. (25 de Novembro de 2016). Missão, Visão e Estratégia. Obtido de <https://www.ucp.pt/ptpt/catolica/institucional/apresentacao/missao-visao-e-estrategia>.

TÍTULO DO POSTER: Estratégias promotoras de qualidade de vida na população portadora de cateter vesical permanente: A *Scoping Review*.

AUTORES: Ana Patrícia Almeida¹; Andreia Jerónimo¹; Inês Martins¹; Mariana Moreira¹; Marta Santos¹; Cândida Ferrito²

1. Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, turma treze, Escola de Enfermagem Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.
2. Docente da Escola de Enfermagem de Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: Ao estudar a qualidade de vida das pessoas portadoras de cateter vesical permanente conseguimos compreender a perceção que os mesmos têm sobre a sua inserção na vida, no seu sistema cultural, os seus sistemas de valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (OMS, 1997) Estudos sobre esta temática permitem uma maior valorização da perceção da pessoa portadora deste dispositivo e concedem à população o respeito por vários aspetos da sua realidade pessoal. (Fumincelli, Mazzo, Martins, Henriques, Cardoso & Rodrigues, 2017) Deste modo, consideramos pertinente abordar esta temática numa perspetiva de identificar quais as estratégias que os portadores de um cateter vesical permanente utilizam na melhoria da sua qualidade de vida. Formulamos como questão: Quais as estratégias promotoras de qualidade de vida na população portadora de cateter vesical permanente?

Objetivos: Mapear as estratégias promotoras de qualidade de vida na população portadora de cateter vesical permanente.

Método: Realizada *Scoping Review* de acordo com metodologia de JBI (Peters, et al, 2020). Foi efetuada uma pesquisa inicial nas bases de dados: Medline (Pubmed), B-on e EBSCO (CINAHL, Medline, MedicLatina), para identificar artigos sobre o assunto. As palavras-chave e os termos identificados foram utilizados posteriormente na pesquisa realizada

na B-on, onde a estratégia utilizada foi “indwelling urinary catheter (TI) AND quality of life AND strategies” e na Pubmed e EBSCO foi utilizada como estratégia de pesquisa: “indwelling urinary catheter AND quality of life AND strategies”.

Foram incluídos estudos observacionais descritivos de natureza qualitativa, estudos observacionais correlacionais, sendo um de coorte retrospectivo e outro longitudinal, foi também considerada uma revisão da literatura com evidência JBI.

Definidos critérios de inclusão de acordo com o PCC, sendo o P (população), homens ou mulheres com idades a partir dos 19 anos com cateter vesical permanente; C (conceito), estratégias promotoras de qualidade de vida; C (contexto), não foi definido. Foram considerados artigos em inglês e encontradas 247 referências, que após a aplicação dos critérios resultaram em 8 artigos.

Resultados: Dos 8 artigos analisados salientamos os seguintes resultados: ao nível da aceitação do cateter e da melhoria da autoestima são estratégias utilizadas, o uso do humor (Wilde, 2003), chamar o cateter como “parte de mim” (Wilde, 2003), a partilha de experiências (Chapple, Prinjha & Salisbury, 2014) e aprender sobre o autocuidado, de modo a ganhar autonomia (Kralik, Seymour, Eastwood & Koch, 2007); Para diminuir o estigma associado ao cateter são utilizadas estratégias alternativas como esconder o saco coletor (por exemplo, com saco de pano) (Wilde, 2003) e automonitorizar a ingestão de líquidos,

para que, não ocorra um extravasamento (Wilde,2003); São também identificadas estratégias para manutenção da atividade sexual, como por exemplo, deixar uma folga no cateter no final do pénis, de modo a permitir ereção sem causar dor (Chapple, Prinjha & Salisbury, 2014), assim como, esvaziar manualmente a bexiga e restringir a ingestão de líquidos uma a duas horas antes do ato sexual (Kralik, Seymour, Eastwood & Koch, 2007).

Conclusão: Dos resultados obtidos, as principais estratégias promotoras de qualidade de vida foram: estratégias para aceitar o cateter e melhorar a autoestima, melhorar as atividades de vida diárias, diminuir o estigma, reduzir a dor e infeção, manter a atividade sexual e algumas sugestões futuras, como por exemplo, melhorar o design do cateter.

Descritores: Qualidade de vida; Cateter vesical permanente; Estratégias; Scoping Review.

Referências Bibliográficas:

Chapple, A., Prinjha, S., & Salisbury, H. (2014). How users of indwelling urinary catheters talk about sex and sexuality: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 64(623), 364-371. Disponível em: <https://bjgp.org/content/64/623/e364.short>.

Fumincelli, L., Mazzo, A., Martins, J. C. A., Henriques, F. M. D., Cardoso, D., & Rodrigues, M. A. (2017). Quality of life of intermittent urinary catheterization users and their caregivers: A scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(4), 324-333. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12231>.

Kralik, D., Seymour, L., Eastwood, S., & Koch, T. (2007). Managing the self: living with an indwelling urinary catheter. *Journal of clinical nursing*, 16(7b), 177-185. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01440.x>.

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

Wilde, M. H. (2003). Life with an indwelling urinary catheter: the dialectic of stigma and acceptance. *Qualitative Health Research*, 13(9), 1189-1204. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732303257115>.

World Health Organization. (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/.

TÍTULO DO POSTER: Utilização da Tecnologia no Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica.

AUTORES: Marta Isidoro¹; Manuela Madureira²; Isabel Rabiais²

1. Mestranda em enfermagem com especialização em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.
2. Doutora em Enfermagem; Professora Auxiliar na Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: O uso crescente de equipamentos tecnológicos tem contribuído para que os procedimentos se tornem cada vez menos invasivos, perspetivando uma recuperação mais rápida e com menos complicações, traduzindo ganhos de saúde (Cargnin et al., 2016). O desafio vital para a enfermagem é encontrar um equilíbrio entre o uso da tecnologia e a humanização dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. (Bagherian et al., 2017; Locsin, 2013; Tunlind, Granström, & Engström, 2015).

Objetivos: Mapear a evidência sobre a utilização de tecnologia na prestação de cuidados ao doente crítico.

Método: Realizou-se uma Scoping review, com base na metodologia proposta por Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020), nas bases de dados Scopus e PubMed. Recorreu-se à mnemónica PCC, População: Enfermeiros na prestação de cuidados diretos, Conceito: Utilização da Tecnologia, e Contexto: Cuidados Críticos de adultos. Descritores MeSH mobilizados, previamente validados, para a pesquisa sustentada pelos operadores booleanos: (Critical Care OR Intensive Care Units OR Unit Care OR Intensive Care OR Emergency Care OR Emergencies OR Critical Care Unit) AND (Technology OR Biomedical Technology OR Biomedical Technology Assessment OR High Technology) AND (Nursing OR Nursing Care OR

Critical Care Nursing OR Emergency Nursing) NOT (Pediatric Nursing OR Neonatal Nursing OR Neonatal Intensive Care OR Pediatric Intensive Care). Foram definidos os critérios de elegibilidade, idioma: Inglês, Português e Espanhol; artigos com texto integral, disponíveis gratuitamente, com friso temporal entre 2010 e 2020. Na sistematização do processo de identificação e inclusão dos estudos utilizou-se o Diagrama de PRISMA (Tricco et al., 2018).

Resultados: Catorze estudos foram selecionados para análise final. Foram identificadas cinco dimensões diferentes: 1) Interação enfermeiro-doente-tecnologia e perceções dos enfermeiros: A dimensão humana do cuidar deverá sobrepor-se ao desenvolvimento tecnológico; 2) Humanização dos cuidados e Competência tecnológica: criar um equilíbrio entre a inovação tecnológica e o desenvolvimento de competências, potencia a humanização dos cuidados; 3) Dualidade de influência tecnológica e Dilemas Éticos: facilita a avaliação e monitorização da pessoa; Pode fragmentar e despersonalizar os cuidados; Não salva todos os doentes, pode prolongar indevidamente o fim de vida; 4) Tecnologia e Cultura de Segurança: Fadiga dos Alarmes; O ajuste dos alarmes diminui a morbidade e mortalidade; Identificação de erros ou falhas de equipamentos, minimiza os riscos ao doente; 5) Educação/Formação contínua: Maior domínio sobre a tecnologia reduz a carga de trabalho; Tecnologia versus Doente como foco de atenção;

Conclusão: A utilização de tecnologia tem um impacto positivo na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, na medida em que melhora a segurança do doente. Verifica-se uma necessidade de educação e formação adequadas e mais aprofundada, por parte dos enfermeiros que praticam cuidados de enfermagem especializados em contextos de cuidados críticos, essencialmente em ambientes dominados por tecnologia. Os enfermeiros devem ser competentes de modo a utilizar a tecnologia como aliada, com uma prática de cuidados segura e de elevada qualidade, o que sugere na prática, a existência de guias de orientação e programas de formação.

Descritores: Technology, Nursing Care, Critical Care.

Referências Bibliográficas:

Bagherian, B., Sabzevari, S., Mirzaei, T., & Ravari, A. (2017). Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 39, 18-27. doi:10.1016/j.iccn.2016.08.011.

Cargnin, M. C., Ottobelli, C., Barlem, E. L., & Cezar-Vaz, M. R. (2016) Tecnologia no Cuidado da Enfermagem e a Carga de Trabalho em UTI. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(2), 903-7. doi:10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201627

Locsin, R. C. (2013). Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand. *Nursing in Critical Care*, 18(4), 200-211. doi:10.1111/nicc.12025.

Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020 Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. (2018) PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*.169, 467-473. doi: 10.7326/M18-0850.

Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 116-123. doi:10.1016/j.iccn.2014.07.005.

TÍTULO DO POSTER: Instrumentos para avaliar o Ambiente de Prática de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos: *Scoping Review*.

AUTORES: Isabel Melgueira¹; Filipa Veludo²

1. Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização A Pessoa em Situação Crítica no ICS/Universidade Católica Portuguesa
2. Professora Assistente no ICS/Universidade Católica Portuguesa

Introdução: O constructo “Ambiente de Prática de Enfermagem” assenta no reconhecimento que existem características do contexto de trabalho que podem facilitar ou constranger a prática de enfermagem (Lake, 2002). Este complexo conceito envolve múltiplas dimensões, existindo diversos instrumentos que podem ser usados para avaliar a sua qualidade. No atual contexto de pandemia, a avaliação e promoção da qualidade do ambiente de prática de enfermagem no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) assume uma importância inquestionável, cujos impactos positivos encontram-se confirmados pela evidência científica. Assume assim pertinência o objetivo de identificar os instrumentos utilizados para avaliar o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI, com base no mapeamento da evidência científica.

Objetivos: Identificar os instrumentos utilizados para avaliar o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI, com base no mapeamento da evidência científica.

Método: Realizou-se uma scoping review respeitando a metodologia do Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2020) e seguindo a estratégia PCC (participants, concept e context).

A recolha e análise dos dados foi realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2020, com uso da plataforma EBSCOhost, OpenGrey e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. A estratégia adotada visou abranger estudos qualitativos, quantitativos publicados e não publicados e revisões sistemáticas. Foram excluídos resumos de comunicações e pósteres, assim como artigos de opinião. Constituíram critérios de inclusão: estudos no idioma português, inglês ou castelhano; textos completos disponíveis com acesso gratuito; data de publicação entre 2009 e 2019; que contenham no título (TI) ou resumo (AB) os termos de pesquisa.

Na pesquisa da literatura foram utilizados os seguintes termos: (nurse OR nursing) AND (practice environment OR work environment) AND (intensive care unit OR icu OR critical care).

Foram obtidos um total de 503 resultados. Após a eliminação dos duplicados, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos 350 artigos, verificando a elegibilidade de 74. Seguiu-se a seleção, através da sua leitura integral e a construção do diagrama Prisma Flow, representativo do processo. A análise das listas de referências não permitiu identificar outros estudos que respeitassem os critérios de inclusão, tendo a revisão incluído um total de 11 artigos.

Resultados: Todas as publicações apresentavam-se no formato de artigo, e decorreram de estudos primários.

Não foi identificado nenhum estudo realizado em Portugal, sendo que oito estudos decorreram nos Estados Unidos e três no Brasil. A maioria dos estudos (7) procuraram relacionar a variável ambiente de prática de enfermagem com outra(s) variáveis, tais como: Burnout, distress moral, qualidade de vida profissional, infecção associada aos cuidados de saúde, fadiga por compaixão e satisfação por compaixão, satisfação profissional. Os restantes quatro artigos visaram descrever a avaliação da qualidade do ambiente de prática profissional.

A revisão permitiu identificar o uso de três instrumentos diferentes para avaliar o ambiente de prática de enfermagem em contexto de UCI, com prevalência da Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES--NWI), ao ser usada em cinco dos estudos (Filho, M. Francino; Soares Rodrigues, M.; Cimiotti, 2018; Filho, Cristina, & Rodrigues, 2019; Hiler, Hickman, Reimer, & Wilson, 2018; D. Kelly et al., 2013; McAndrew, Leske, & Garcia, 2011).

Os outros instrumentos utilizados foram: The Critical Elements of a Healthy Work Environment Assessment (HWEA) em quatro dos estudos (L. Kelly, 2017; Monroe, Morse, & Price, 2020; Ulrich, Barden, Cassidy, & Varn-Davis, 2019; Ulrich, Lavandero, Woods, & Early, 2014) e a versão brasileira validada da Revised Nursing Work Index (NWI-R) em restantes dois estudos (Balsanelli, A.; Cunha, 2013; Oliveira et al., 2017). A Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES--NWI) compreende cinco dimensões: adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos Enfermeiros e relações colegiais entre médicos e enfermeiros. O instrumento Healthy Work Environment Assessment (HWEA) tem por base os standards reconhecidos pela American Association of Critical-Care Nurses (como presentes nas instituições Magnet (aquelas que obtém melhores resultados em vários níveis, levando a baixos números de turnover). O instrumento Revised Nursing Work Index (NWI-R) abrange as dimensões: autonomia, relação cordial entre enfermeiro e médico, controle sobre o ambiente da prática profissional e suporte organizacional.

Conclusão: A PES--NWI foi o instrumento mais utilizado, a nível mundial, para avaliar o ambiente de prática de enfermagem (Swiger et al., 2017), tendo a presente revisão evidenciado que essa tendência é mantida, na avaliação da qualidade do ambiente de prática de enfermagem no contexto específico de UCI. Este instrumento encontra-se traduzido e validado para Português (Amaral, Ferreira, & Lake, 2012), devendo ser promovido o seu uso para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem nas UCI nacionais, permitindo implementar medidas de melhoria e realizar estudos de investigação englobando esta variável.

Descritores: nursing, practice environment, intensive care units, assessment, scoping review.

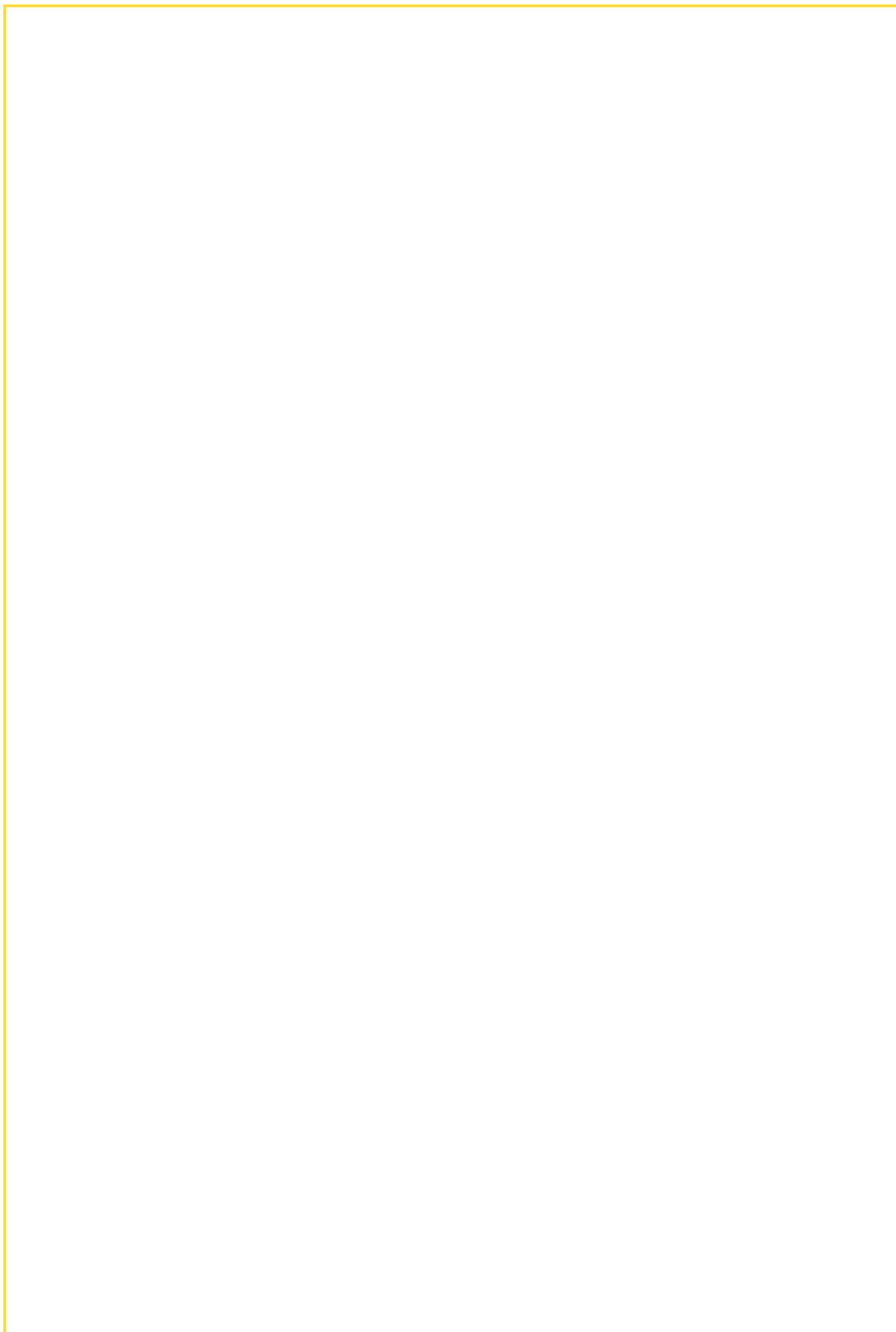
Referências Bibliográficas:

Amaral, A.; Ferreira, P.; Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES - NWI) for the Portuguese nurse population. *Internacional Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280-288.

Balsanelli, A.; Cunha, I. (2013). The work environment in public and private intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(6), 561-569.

Filho, M. Francino; Soares Rodrigues, M.; Cimiotti, J. (2018). Nursing practice environment in intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2), 217-223.

- Filho, F. A., Cristina, M., & Rodrigues, S. (2019). Burnout in Brazilian Intensive Care Units: A Comparison of Nurses and Nurse Technicians. *AACN Advanced Critical Care*, 30(1), 16-21.
- Hiler, C., Hickman, R., Reimer, A., & Wilson, K. (2018). Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses. *Critical-Care Nurses [Am J Crit Care]*, 27(1), 59-66.
- Kelly, D., Kutney-Lee, A., Lake, E., & Aiken, L. (2013). The Critical Care Work Environment And Nurse Reported Health Care Associated Infections. *American Journal of Critical Care*, 22(6), 482-489.
- Kelly, L. (2017). Compassion Fatigue and the Healthy Work Environment. *Advanced Critical Care*, 28(4), 351-358.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- McAndrew, N., Leske, J., & Garcia, A. (2011). Influence of Moral Distress on the Professional Practice Environment During Prognostic Conflict in Critical Care. *Journal of Trauma Nursing*, 18(4), 221-230.
- Monroe, M., Morse, E., & Price, J. (2020). The Relationship Between Critical Care Work Environment And Professional Quality Of Life. *American Journal of Critical Care*, 29(2), 145-149.
- Oliveira, E., Barbosa, R., Andolhe, R., Regina, F., Eiras, F., & Padilha, K. (2017). Ambiente das práticas de enfermagem e satisfação profissional em unidades críticas. *Revista Brasileira de Enfermagem [Rev Bras Enferm]*, 70(1), 79-86.
- Peters M., Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A., Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JB I Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Swiger P., Patrician P., Miltner R., Raju D, Breckenridge-Sproat S., Loan L.(2017).The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *Int J Nurs Stud*. Sep;74:76-84.
- Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L., & Varn-Davis, N. (2019). Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and Implications. *Critical Care Nurse*, 39(2), 67-85.
- Ulrich, B., Lavandero, R., Woods, D., & Early, S. (2014). Critical care nurse work environments 2013: A status report. *Critical Care Nurse*, 34(4), 64-79.



TÍTULO DO POSTER: Modified Early Warning Score um instrumento útil na segurança da pessoa em situação crítica: Revisão Integrativa da Literatura.

AUTORES: Isa Amaro Pulquério¹; Manuela Madureira²

1. Enfermeira, Mestranda do 13º curso de Mestrado em Enfermagem com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.
2. Doutora em Enfermagem, Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução: A segurança da pessoa doente afirma-se como um fator essencial para garantir a qualidade nos cuidados de saúde. Melhorar a identificação e resposta à deterioração clínica em doentes hospitalizados, é uma das metas definidas mundialmente para promover a segurança da pessoa doente (Cherry & Jones, 2015). Uma vez que a maioria dos eventos adversos que ocorrem, é precedida de sinais objetivos de agravamento clínico, a monitorização e registo de sinais vitais pode prevenir o reconhecimento tardio destes sinais. O Modified Early Warning Score (MEWS) é um sistema de pontuação que se baseia numa avaliação à cabeceira do doente, de cinco parâmetros fisiológicos: Pressão Arterial Sistólica, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Temperatura e Nível de Consciência (através da escala AVDS: A - doente alerta; V - responde a estímulos verbais; D - responde a estímulos dolorosos; S - Sem resposta a estímulos), que auxilia na deteção de alterações fisiológicas e pode ajudar a identificar doente em risco de deterioração clínica. Mas será, que a informação dada pelo MEWS, promove um melhor desfecho para o quadro clínico destes doentes? Desta forma, o objetivo desta Revisão Integrativa da Literatura (RIL) foi dar resposta à questão de investigação: Qual a efetividade do Modified Early Warning Score na segurança da pessoa em risco de deterioração clínica?

Objetivos: Avaliar a efetividade do score MEWS para promover a segurança da pessoa em risco de deterioração clínica, em contexto de internamento hospitalar.

Método: Foi realizada uma RIL com base nas recomendações do The Joanna Briggs Institute (2015) e na pesquisa nas bases de dados eletrónicas B-on, PubMed, CINAHL with Full Text e MEDLINE with Full Text através do motor de busca EBSCO host. Como complemento utilizou-se motor de busca Google Scholar. Foram utilizadas combinações de descritores/MeSH: modified early warning score or MEWS or early warning score or early warning system and patient safety and clinical deterioration or deteriorating patient. Foram definidos critérios de elegibilidade, idioma: inglês, português; artigos com texto integral; disponível gratuitamente com friso temporal de 2014 a 2020. Selecionaram-se 334 artigos para constituir o corpus da análise. Os estudos foram selecionados de forma independente, por dois revisores, através da recomendação em diagrama de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

Resultados: Identificaram-se 334 resultados, dos quais se selecionaram 9 para análise e extração dos dados. Os estudos apontam a utilização do MEWS como um instrumento eficaz em três temas: 1 - Reconhecimento precoce da deterioração clínica utilizando o MEWS, 2 - colaboração e partilha

de conhecimentos entre enfermeiros e 3 - uma nova linguagem precisa, utilizada para comunicar com os médicos (Stafseth, Grøn- beck, Lien, Randen & Lerdal, 2016).

Conclusão: A implementação do MEWS contribui para uma maior utilização do sistema de resposta rápida, e a menores episódios paragem cardiorespiratória, sendo associado a uma menor taxa de mortalidade, maior segurança do doente e melhores resultados clínicos (Mathukia, Fan, Vadyak, Biege & Krishnamurthy, 2015). Aplicado rotineiramente pode melhorar a comunicação entre enfermeiros e médicos, diminuir os índices de mortalidade, aumentar os internamentos precoces em cuidados intensivos, aumentar a ativação das equipas de emergência médica. Para além de avaliar e prevenir deterioração clínica hospitalar, analisa a qualidade da assistência e a segurança do doente e contribui para a tomada de decisão para prevenção de deterioração clínica do doente (Norman, DeCicco, Sampson & Fraser, 2018).

Descritores: Score de alerta precoce; deterioração clínica; segurança do paciente.

Referências Bibliográficas:

Cherry, P.G. & Jones, C.P., (2015). Attitudes of nursing staff towards a modified early warning system. *British Journal of Nursing*. 24 (16), 812-818. doi:http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2015.24.16-.812.

Mathukia, C., Fan, W., Vadyak, K., Biege, C. & Krishnamurthy, M. (2015). Modified Early Warning System Improves Patient Safety and Clinical Outcomes In An Academic Community Hospital. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 5 (2), 1-6. doi: 10.3402/jchimp.v5.26716.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Open Medicine*, 3(2), 123-130. doi: 10.1371/journal.pmed.-1000097.

Norman, S., DeCicco, F., Sampson, J. & Fraser, I. M. (2018). Emergency Room Safer Transfer of Patients (ER-STOP): A Quality Improvement initiative at a community- based hospital to improve the safety of emergency room patient handovers. *BMJ Open*, 8, 1- 8. doi:10.1136/bmjopen-2017-019553.

Stafseth, S. K., Grøn- beck, S., Lien, T., Randen, I., & Lerdal, A. (2016). The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 33-41. doi: 10.1016/j.iccn.2015.07.008.

TÍTULO DO POSTER: Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia COVID-19: uma *Scoping Review*.

AUTORES: Susana Costa¹; Ana Silva¹; Manuela Madureira¹; Lurdes Martins¹.

1. Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP)

Introdução: Falar de pessoa, ser único em constante interação, em contexto de internamento é falar de família. A restrição de visitas imposta, fruto da pandemia por COVID-19, trouxe à pessoa internada, solidão, ansiedade e isolamento (Sasangohar et al, 2020). Esta realidade apela a que se reinventem formas de trazer a família e o seu incalculável valor, para a esfera de quem sofre. As visitas virtuais e a vídeo chamada surgem assim, num desafio aos valores humanos.

Objetivos: Mapear as estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre a pessoa adulta internada e família durante a pandemia COVID-19.

Método: Metodologia segundo Joanna Briggs Institute (Peters et al, 2020). Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o PCC: População- Adultos, com 18 ou mais anos, internados e família. Conceito-qualquer estratégia promotora da comunicação, com recurso à tecnologia, como, telefones inteligentes, internet ou tablet. Contexto- hospitalar, durante a a pandemia COVID-19.A estratégia de pesquisa foi concretizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP). Descritores usados na expressão de pesquisa: Covid-19, Communication, Technology e Inpatient. Uma pesquisa preliminar no PROSPERO, MEDLINE e JBI Evidence Synthesis foi conduzida e nenhuma scoping review ou revisão sistemática foi identificada.

A pesquisa foi realizada em janeiro e atualizada em abril de 2021. Foram considerados para inclusão estudos escritos em inglês, português ou espanhol, com limite temporal entre dezembro de 2019 e março de 2021. Dois revisores independentes realizaram a análise dos artigos, assim como a extração e a síntese dos dados.

Resultados: De 104 estudos iniciais, 14 cumpriram os critérios de inclusão. A visita virtual por vídeo chamada está representada em todos os estudos selecionados através de telefones inteligentes, computadores ou tablets, fornecidos pelo hospital, doados, dos próprios profissionais de saúde, da pessoa internada e/ou família, através da aplicação Zoom, Whatsapp, Facetime ou Skype. Maioritariamente, os estudos descrevem as aplicações como seguras e rápidas, alguns estudos descrevem limitações como a falta de privacidade e confidencialidade. Estudos concluem que a videochamada deve ser realizada com recurso a protocolo ou checklist de intervenção como medida de qualidade e segurança. Estudos indicam que importa habilitar as equipas que as utilizam e pessoas que dela usufruem. Os elementos da equipa mais envolvidos são médicos e enfermeiros. Preparar a família para a visita virtual revelou-se importante para maior conforto psicológico da mesma. Emergem dos estudos como principais barreiras à implementação das visitas virtuais a literacia tecnológica (nomeadamente dos mais idosos), dificuldades económicas, o acesso à internet e equipamentos.

Conclusão: A pandemia COVID-19 tornou emergente o uso das tecnologias em várias áreas da saúde e também na humanização dos cuidados. É neste contexto que emerge da literatura a vídeo chamada como principal estratégia. A (r)evolução causada pela pandemia levou à implementação de medidas inovadoras na prestação de cuidados de saúde, sendo essencial que esta oportunidade não seja desperdiçada no período pós-pandemia. Uma solução do presente com olhos postos no futuro.

Descritores: Comunicação; Infecção por coronavírus; Tecnologias

Referências Bibliográficas:

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIEvidence Synthesis*, 18(10). https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2020/100.00/Updated_methodological_guidance_for_the_conduct_of.4.aspx.

Sasangohar, F., Dhala, A., Zheng, F., Ahmadi, N., Kash, B., & Masud, F. (2020). Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: An interview study and sentiment analysis. *BMJ Quality & Safety*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011604>.

TÍTULO DO POSTER: Dificuldades na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: uma *Scoping Review*.

AUTORES: Diana Flores¹; Inês Imperadeiro²; Patrícia Correia³; Manuela Madureira⁴; Patrícia Sousa⁴; Filipa Veludo⁵

1. Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; Hospital da Luz Torres de Lisboa. Lisboa. Portugal.
2. Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE - Hospital de São José. Lisboa. Portugal.
3. Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE - Hospital de Santa Maria. Lisboa. Portugal.
4. ICS-UCP, RN, MsNC, PhD. Lisboa. Portugal.
5. ICS-UCP, RN, MsEC, PhD. Lisboa. Portugal.

Introdução: O início da atividade profissional ou a mobilização de profissionais entre serviços é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros. A aquisição de competências específicas, nomeadamente em ambiente de cuidado à pessoa em situação crítica, é essencial. Embora o enfermeiro seja perito num dado contexto, ao transitar para outro contexto, retorna ao nível de competência iniciado-avançado, uma vez que já experienciou situações reais e é capaz de identificar os “fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner, 2001, p. 50). A integração é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à Instituição de Saúde, permitindo o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional (Taveira, 2011).

Objetivos: Mapear na evidência científica as dificuldades do enfermeiro na sua integração no cuidado à pessoa em situação crítica.

Método: Foi realizada uma Scoping Review, com base no Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2015).

Critérios de inclusão segundo o PCC: População (P) - Enfermeiros; Conceito (C); Dificuldades sentidas na Integração; Contexto (C) - Cuidado à Pessoa em Situação Crítica. Critérios de exclusão: P - outros profissionais de saúde; C - custos financeiros e satisfação no trabalho; C - artigos em contexto de Covid-19, Cuidados paliativos ou em Fim de Vida, Gestão da dor, Doação de órgãos, Procedimentos específicos e Pediatria. Descritores: (AB intensive care OR AB critical care) AND (AB nurs* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker) AND (TI Integrat* OR TI training). Bases de dados: CINHALL® Complete; MEDLINE® Complete; Nursing & Allied Health Collection™: Comprehensive Edition; Cochrane Plus Collection; Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA) e MedicLatina™. Mapeou-se a literatura cinzenta pela consulta em RCAAP (inclusão de 3 artigos). Privilegiaram-se estudos primários, secundários e de opinião. Incluíram-se artigos em português, inglês, castelhano e francês, sem friso temporal definido. Foram incluídos 13 artigos, publicados até maio de 2020.

Resultados: Mapeamos 7 dificuldades sentidas pelos enfermeiros: comunicação com a equipa, pessoa em situação crítica e/ou familiares (25.0%) (Rice et al., 2016); stress (21.4%) (Mealer et al., 2014); complexidade da situação de saúde, técnicas e/ou procedimentos realizados (17.9%) (Linn et al., 2019); sobrecarga de trabalho (14.3%) (Macedo et al., 2019); rotatividade de enfermeiros entre serviços (14.3%); lidar com a morte e/ou a doação de órgãos (7.1%) (Mealer et al., 2014).

Conclusão: O processo de integração requer planeamento para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, sendo que o primeiro passo deve ser a identificação das dificuldades que o enfermeiro experiência durante o mesmo. Desta forma, podem ser definidas estratégias que facilitem a integração, tendo como base de partida as 7 dificuldades encontradas, onde se destacam a comunicação e o stress. Esta Scoping Review é um alicerce para investigação futura, ficando o desafio para a elaboração de estudos primários que visem a compreensão do fenómeno nesta área do conhecimento, sendo um fenómeno transversal e pertinente para a enfermagem, contudo pouco estudado.

Descritores: Integração; Dificuldades; Enfermeiro; Pessoa em Situação Crítica; Scoping Review.

Referências Bibliográficas:

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

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

Linn, A. C., Caregnato, R. C. A., & Souza, E. N. de. (2019). Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1061-1070. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0217>.

Macedo, A. P. M. de C., Padilha, K. G., & Püschel, V. A. de A. (2019). Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 321-328. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793>.

Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97-e105. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014747> Portuguesa, Porto.

Taveira, C. (2011). *Enfermagem... Um percurso no saber. Relatório de Estágio para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem*, Universidade Católica

TÍTULO DO POSTER: Telefonema *Follow-UP* pós-internamento.

AUTORES: Emília Monteiro Gonçalves Moura¹

1. Enfermeira no Serviço Medicina Intensiva da U.L.S: da Guarda

Introdução: A hospitalização de qualquer pessoa representa desafios únicos quer para o doente, quer para o cuidador de referência, aquando da alta do mesmo surgem dúvidas, receios, que podemos colmatar com um simples telefonema. A minha ambição é atenuar o impacto causado por esses sentimentos através da implementação de um telefonema follow-up pós internamento aos doentes internados no nosso serviço. Na opinião de Braun E. (2009), o telefonema follow-up pode melhorar a condição de saúde do doente, aumentando a satisfação e adesão.

Objetivos: Monitorizar a eficácia e eficiência do telefonema a fim de prevenir e detetar precocemente recidivas e/ou complicações pós-internamento reduzindo o nº de readmissões hospitalares melhorando assim a qualidade de vida dos doentes.

Desenvolvimento: Num ano particular, em que a pandemia tocou a vida de todos os cidadãos, especialmente os idosos e doentes crónicos, o acompanhamento telefónico pós alta ganhou um sentido particular, surge como uma estratégia útil para dar resposta a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, permitindo fazer a ligação entre o serviço de internamento e o domicílio evitando assim o recurso aos serviços de urgência ou cuidados de saúde primários. A qualidade dos cuidados prestados constitui um dos objetivos de uma instituição de saúde.

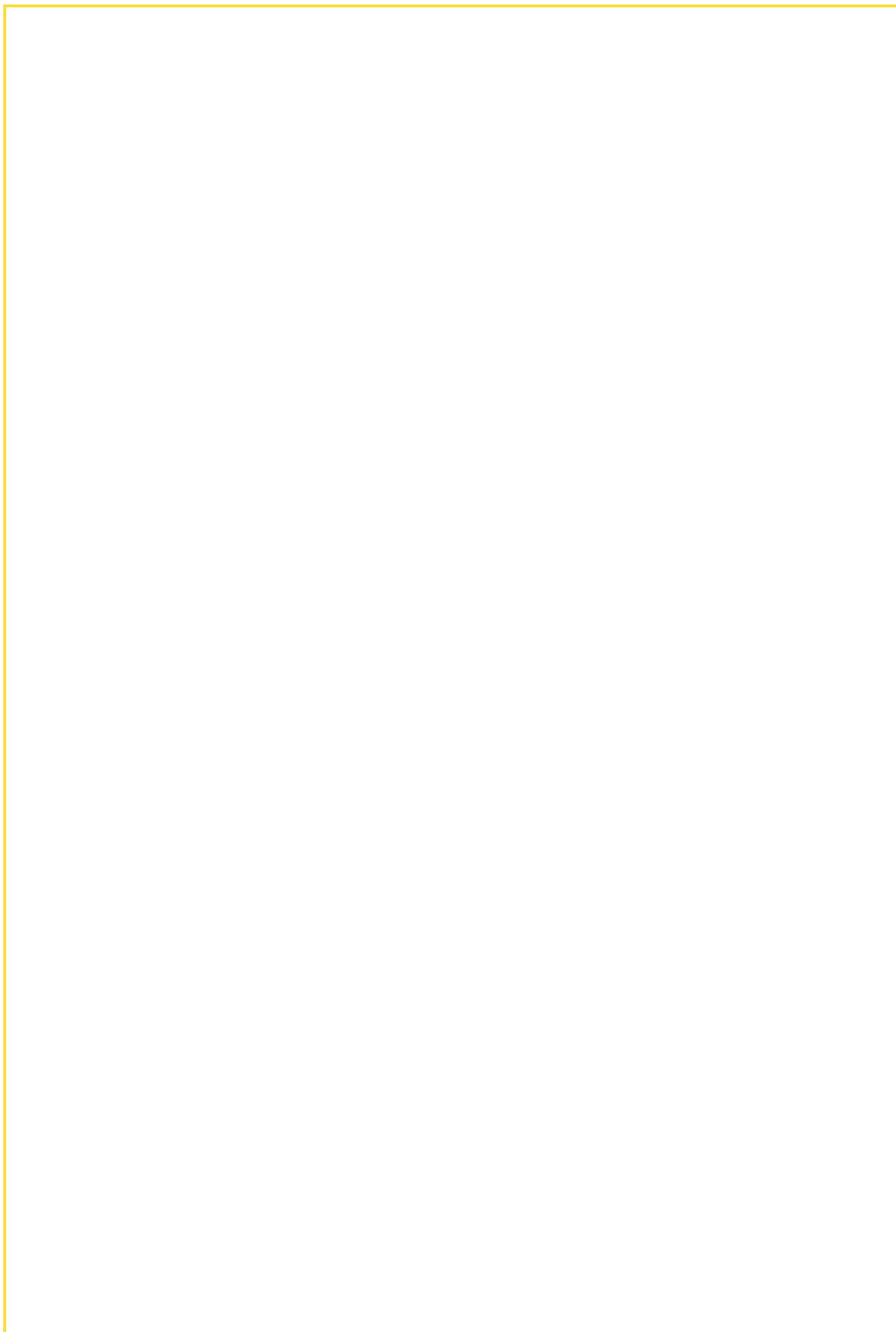
Segundo o enunciado do Plano Nacional Saúde 2012-2016, “o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis de prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.

Conclusão: De acordo com a evidência científica, o telefonema de enfermagem de acompanhamento surge, como um instrumento útil, permitindo fazer a ligação entre o internamento, o doente e a família ou cuidador de referência -“ um dever dos profissionais de saúde, um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde” Desta forma, podemos minimizar distâncias e obstáculos, mas tendo sempre presente a garantia da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem centrado no doente e promover ganhos em saúde.

Referências Bibliográficas:

Gustafsson S., Wälivaara BM., Gabrielsson S. (2020). Patient satisfaction with telephone nursing: A call for calm, clarity, and competence. *J Nurs Care Qual.* 2020 Jan/Mar;35(1): E6- E11. doi: 10.1097/NCQ.000000000000392.

Miller D.A., Schaper A.M. (2015). Implementation of a follow-up telephone call process for patients at high risk for readmission. *J Nurs Care Qual.* 2015 Jan-Mar; 30(1):63-70. doi: 10.1097/NCQ.000000000000069. PMID: 24844916.



TÍTULO DO POSTER: Eficácia da Fitoterapia em Pessoas com Neoplasia.

AUTORES: Maria Inês Salgado¹; Madalena Martins¹; Joana Aguiar Cardoso¹; João Vieira¹; Diana Simões¹; Francisca Amaro Monteiro¹; Maria Inês Ribeiro¹; Cristina Marques-Vieira²

1. Estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.
2. Doutora em Enfermagem. Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Investigadora Integrada no CIIS.

Introdução: O cancro é uma das doenças com maior incidência mundialmente, com malefícios em diversos níveis, revelando assim a necessidade de intervenção do profissional de saúde em oncologia. Os tratamentos mais utilizados são a quimioterapia e/ou a radioterapia, sendo ambos bastante agressivos para a pessoa, com consequentes efeitos secundários. Neste tipo de tratamentos deve fazer-se um balanço entre o benefício esperado e os riscos prováveis da medicação. Deste modo, consideramos que esta ponderação para além dos meios de tratamento supramencionados poderá também incluir a fitoterapia como uma alternativa terapêutica em doentes oncológicos. A Fitoterapia tem a finalidade de tratar e prevenir doenças, através de plantas e/ou parte delas, sendo nos últimos anos a escolha mais natural e menos prejudicial à saúde.

Objetivos: Identificar os estudos que abordam a eficácia da Fitoterapia no tratamento de pessoas com neoplasia.

Método: Trata-se de uma Scoping Review. Segundo Joanna Briggs Institute, através do acrónimo PICO (pessoas com neoplasia; fitoterapia; sem comparação/ outras intervenções/ sem terapia complementar; efeito da fitoterapia,

respetivamente). Definiuse critérios de inclusão, sendo estes: idioma (português, inglês e espanhol); janela temporal (janeiro de 2010 e abril de 2021). Recorreu-se à fórmula de pesquisa: Enfermagem AND Fitoterapia OR Plantas medicinais AND Terapia Alternativa AND Neoplasia, nas seguintes bases de dados B-on e Google Académico. Obteve-se 1864 estudos que foram submetidos ao PRISMA de modo a realizar o fluxograma.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 8 estudos. Caracteriza-se por artigos do Brasil (n=6) e de Portugal (n=2). Os anos de publicação foram 2017 (n=2), 2014 (n=2), 2019 (n=1), 2018 (n=1), 2015 (n=1) e 2021 (n=1). Constitui-se por: Revisão bibliográfica da literatura (n=3), Estudo qualitativo (n=2), Estudo descritivo e transversal (n=1), Revisão integrativa da literatura (n=1) e Estudo quantitativo e qualitativo (n=1). Foram mencionadas diversas plantas com efeitos terapêuticos específicos, sendo estas eficazes no alívio/tratamento diverso, nomeadamente: feridas superficiais, inflamação ligeira da pele e da mucosa oral (como é exemplo, a mucosite), úlceras cutâneas, perturbações do sono (por exemplo, a dificuldade em iniciar e manter o sono ou falta de qualidade do sono), perturbações do humor, alterações sanguíneas e depressão do sistema imunitário. As formas de terapias naturais constituem-se como uma medida de conhecimento que ainda necessita de alguma investigação.

Conclusão: Através dos estudos analisados podemos por fim concluir que estes demonstram a eficácia da utilização de fitoterápicos no tratamento complementar de utentes com neoplasia, tendo estes efeitos analgésicos que controlam a dor, e assim aumentam o bem-estar da Pessoa. Contudo, concluímos também que existem limitações no seu uso, por um lado pela falta de conhecimento por parte dos utentes que podem usufruir deste tratamento, bem como por parte dos profissionais de saúde, que necessitam de mais formações específicas para a orientação sobre o perigo de reações adversas e interações medicamentosas no que se refere ao uso de espécies vegetais e à terapêutica utilizada no tratamento de neoplasias.

Descritores: Enfermagem; Fitoterapia; Plantas medicinais; Neoplasia; Revisão sistemática.

Referências Bibliográficas:

Schalch, I. S. (2019). A Fitoterapia como opção terapêutica complementar em pacientes oncológicos. Trabalho de Final de Curso de de Farmácia. Centro de Ciências Biomédicas e de Saúde da Universidade Presbiterian Mackenzie. São Paulo. Brasil.

Teslyak, N. (2017). O papel da fitoterapia na prevenção e tratamento do cancro. Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Almada. Portugal.

Joanna Briggs Institute (JBI) (2014). Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition. Australia: The Joanna Briggs Institute.

Apostolo, J., & Gameiro, M. (2005). Referências onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em Enfermagem: uma análise crítica.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*, 62(10), e1-e34.

Andrade, L. N., de Barros Caetano, N. L., Amaral, R. G., de Andrade Neo, G. G., dos Santos, S. A., de Andrade, L. R. M., ... & Carvalho, A. A. (2018). Uso de plantas medicinais e fitoterápicos por pacientes submetidos a tratamento antineoplásico no serviço de saúde privado no estado de sergipe-brasil. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE*, 5(1), 163.

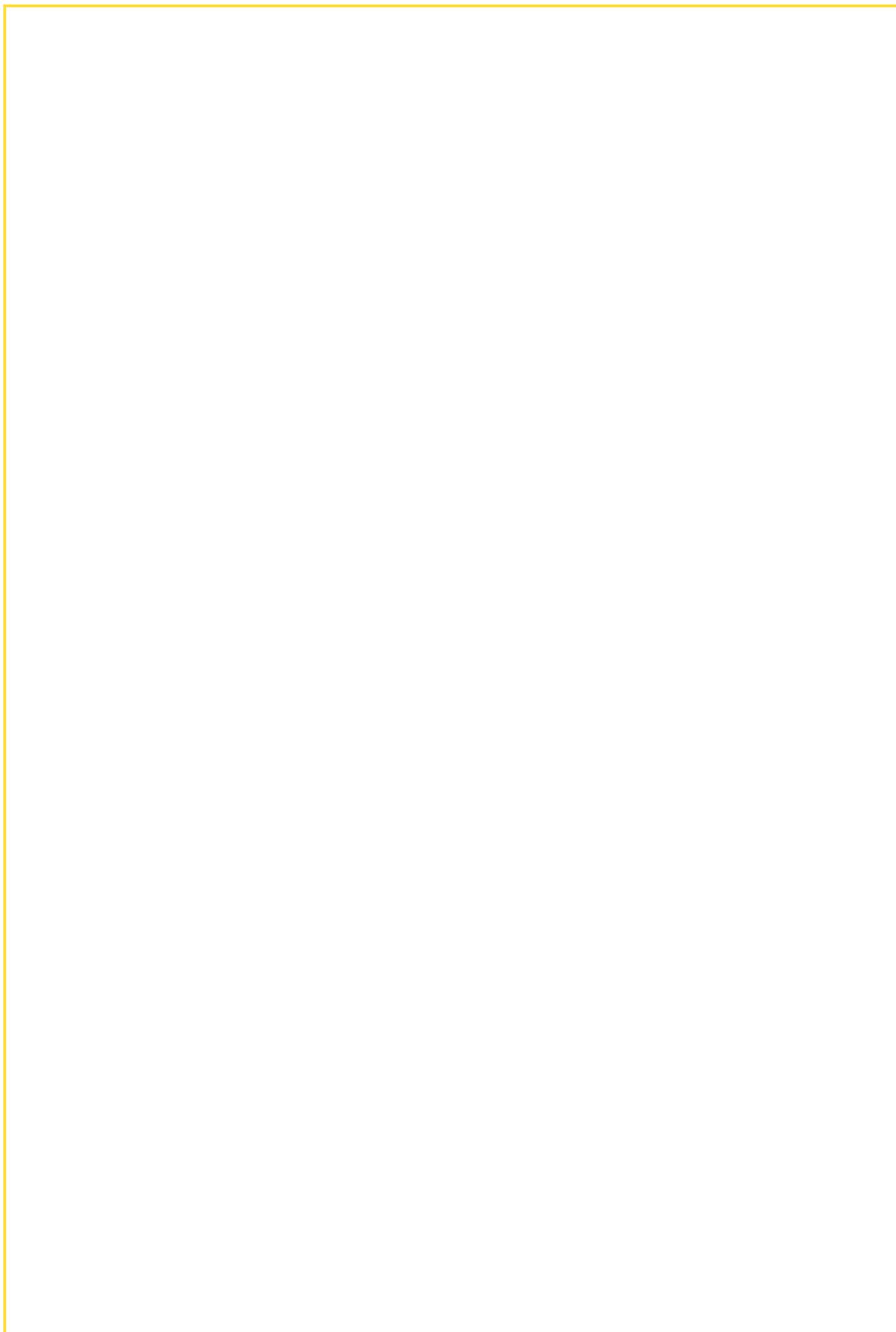
De Brito, F. M., Oliveira, A. D. F. P., Costa, I. C. P., de Andrade, C. G., dos Santos, K. F. O., & Anízio, B. K. F. (2017). Fitoterapia na atenção básica: estudo com profissionais enfermeiros. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 9(2), 480-487.

Lima, J. F., Ceolin, S., Pinto, B. K., Zilmmer, J. G. V., Muniz, R. M., & Schwartz, E. (2015). Uso de terapias integrativas e complementares por pacientes em quimioterapia. *Avances en Enfermería*, 33(3), 372-380.

Marques, A. F., da Cunha, L. B., Muccini, R. R., de Souza, A. A. R., & Costa, N. C. (2021). Avaliação do consumo de plantas medicinais por pacientes em tratamento oncológico. *Brazilian Journal of Development*, 7(5), 44557-44573.

Oliveira, L. A. R., Machado, R. D., & Rodrigues, A. J. L. (2014). Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis. *Revista brasileira de plantas medicinais*, 16(1), 32-40.

Teixeira, M. L. F. (2014). Potencialidades e limitações da fitoterapia no doente oncológico. Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.



TÍTULO DO POSTER: Impacto da Pandemia por Covid-19 na Saúde Mental dos Estudantes Universitários - *Scoping Review*.

AUTORES: Ana Rita Dias¹; Filipa Martins¹; Gonçalo Bernardo¹; Margarida Spínola¹; Rúben Castiço¹; Cândida Ferrito²

1. Estudantes 13CLE, Escola de Enfermagem Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
2. Docente Escola de Enfermagem, ICS, UCP

Introdução: No final de 2019 foi pela primeira vez identificado em humanos o SARS-COV-2. Dada a elevada taxa de transmissão, foi necessário que por todo o mundo se tomassem medidas de controlo, como decretar estado de emergência, revogando temporariamente determinados direitos humanos, nomeadamente a liberdade. Esta situação de incerteza gerou um clima de tensão generalizado, que afetou de diferente forma as pessoas, sendo a fase de vida de cada indivíduo um dos fatores determinantes. Quisemos perceber de que forma a saúde mental dos estudantes universitários foi afetada neste contexto pandémico, suma vez que esta é considerada uma das fases de vida mais geradoras de stress (Alfakeh, S., 2021).

Objetivos: Mapear as consequências da pandemia por covid-19 na saúde mental dos estudantes universitários.

Método: Foi realizada uma Scoping Review, de acordo com JBI (Peters, 2020). Foi realizada pesquisa nas plataformas B-On, EBSCO (com seleção de todas as bases), PubMed (Medline) e SciELO com a seguinte expressão: "university students" AND "COVID-19 pandemic" AND "mental health". Considerados elegíveis os estudos, de acordo com P -estudantes universitários, C-consequências da pandemia na saúde mental, C- pandemia, com idioma inglês, publicados em revistas académicas no período entre 2019 e 2021.

Resultados: Foram incluídos na revisão 8 artigos. Os estudantes universitários experienciam taxas superiores de ansiedade em comparação às verificadas noutros grupos populacionais (Rogowska, et al., 2020). Alguns dos efeitos adversos experienciados mais frequentemente pelos estudantes foram raiva, medo, confusão, irritabilidade, frustração (Rogowska, A. et al, 2020), solidão (Kohls, et al., 2021) e insónias (Lai, A. et al., 2020). Foram também identificadas várias estratégias de coping, sendo a mais mencionada a atividade física, bem como os respetivos benefícios.

Conclusão: Pelos resultados desta revisão, verificamos que a Pandemia teve impacto sobre a saúde mental dos estudantes universitários.

A este ponto, é apenas possível planear intervenções de controlo de estragos, como programas online de terapia ou de rastreio, que parecem fáceis de implementar e que são baseadas em evidência científica para algumas das perturbações de saúde mental mais comuns. Defendemos que as universidades devem adotar um papel proativo no sentido de promover atividades que promovam uma gestão adequada de stress, bem como serviços de apoio a estudantes mais vulneráveis aos efeitos sócio-económicos da pandemia, e ainda a disponibilização de apoio psicológico e atividades de rastreio da saúde mental.

Descritores: Saúde Mental, Estudante de Ensino Superior, COVID-19, Scoping Review

Referências Bibliográficas:

Alfakeh, S.A. (2021). Impact of COVID-19 on the Mental Health of University Students. *Annals Medical Health Sciences Research*, 11(3), 1348-1353.

Cam, H. H., Top, F. U., Ayyildiz, T. K. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and health-related quality of life among university students in turkey. *Current Psychology*. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01674-y>.

Kohls et al. (2021). Mental Health, Social and Emotional Well-Being, and Perceived Burdens of University Students During COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12:643957, 1-11. Retrieved from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643957>.

Lai et al. (2020). Mental Health Impacts of the COVID-19 Pandemic on International University Students, Related Stressors, and Coping Strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 11:584240, 1-13. Retrieved from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.584240>.

Luo, W., Zhong, B. Chiu, H. F. (2021). Prevalence of depressive symptoms among Chinese university students amid the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Science* 30, e31, 1-21. Retrieved from <https://doi.org/10.1017/S2045796021000202>.

Popovic, M., Lim, F. (2020). The mental health and wellbeing of university students during the COVID-19 pandemic. *Journal of Pain Management*, 13(4):319-322.

Rogowska, A. M., Pavlova, I., Kuśnierz, C., Ochnik, D., Bodnar, I., & Petrytsa, P. (2020). Does Physical Activity Matter for the Mental Health of University Students during the COVID-19 Pandemic? *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3494. Retrieved from: <https://doi.org/10.3390/jcm9113494>.

Savage et al. (2020). Mental health and movement behaviour during the COVID-19 pandemic in UK university students: Prospective cohort study. *Mental Health and Physical Activity*, 19:100357. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01674-y>.

TÍTULO DO POSTER: Importância do Brincar Terapêutico da Criança Durante a Hospitalização: *A Scoping Review*.

AUTORES: Catarina Estrada¹; Alexandra Filipe¹; Catarina Monteiro¹; Selma Rosa¹; Tânia Silva¹; Cândida Ferrito²

1. Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa
2. Docente da Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Introdução: Na infância, o internamento é um processo desconhecido e desagradável para a maior parte das crianças, pois habitualmente estão sujeitas a procedimentos que causam dor e sofrimento, seja este físico ou psicológico (Silva et al., 2017). Trata-se de um período caracterizado pelo receio do ambiente hospitalar e onde necessitam estabelecer relações com os diferentes profissionais de saúde. A criança pode manifestar insegurança e comportamentos que refletem a sua ansiedade, como por exemplo chamadas excessivas de atenção, choro frequente, agressividade, destruição dos seus próprios brinquedos e desconfiança relativa a qualquer pessoa que a possa abordar (Silva et al., 2017). O brincar terapêutico permite que a criança expresse os seus sentimentos, propiciando a comunicação e o estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro-criança, promovendo também uma experiência menos stressante (Henriques, 2012). Deve ser utilizado sempre que a criança sinta dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil, como os procedimentos a que é submetida (Ribeiro, Sabatés, & Ribeiro, 2001). Com base no que foi referido, formulamos a seguinte questão: Qual a importância do brincar terapêutico durante a hospitalização das crianças?

Objetivos: Mapear a importância do brincar terapêutico durante a hospitalização das crianças.

Método: Foi realizada uma scoping review segundo o Protocolo de Joanna Briggs (Peters et al., 2020). A pesquisa foi realizada nas plataformas da B-on e EBSCO com a seleção de todas bases incluídas, com a seguinte expressão: play therapy OR therapeutic play OR child centered play therapy AND nursing interventions OR strategies OR best practices. Os critérios de inclusão foram definidos segundo P(população) - crianças entre 0-18 anos, C (conceito)- brincar terapêutico e C (contexto) - hospitalização. Foram ainda considerados artigos disponíveis na íntegra, publicados desde 2000, em língua inglesa e portuguesa. Foram identificadas 55 referências, das quais 45 foram excluídas por não responderem à questão de revisão, 1 por estar em duplicado.

Resultados: Foi obtida uma amostra de 9 artigos. Relativamente ao predomínio dos estudos, são maioritariamente qualitativos, existindo também estudos experimentais. O Brasil foi o país de incidência de todos os estudos presentes nesta revisão. Existe consenso entre os resultados dos estudos, que mencionava que o brincar terapêutico contribui de forma positiva no processo de hospitalização (Silva et al., 2017). O brincar terapêutico torna os cuidados humanizados, e reduz a ansiedade das crianças e da família (Lima, Azevedo, Nascimento, & Rocha, 2009).

Melhora também a relação entre profissional de saúde e utente, uma vez que a criança passa a ser um membro ativo durante todo o processo de hospitalização (Kiche & Almeida, 2009).

Conclusão: Dos artigos analisados concluímos que efetivamente o brincar é importante e pode ser recreativo, como terapêutico. Influencia positivamente a recuperação emocional e física das crianças. Consequentemente, faz com que o processo de hospitalização se torne menos traumático e auxilia a criança a expressar os seus sentimentos e pensamentos, promovendo assim satisfação, entretenimento e espontaneidade.

Descritores: Medida Terapêutica lúdica, brinquedo, intervenções de enfermagem, estratégias e melhores práticas, scoping review.

Referências Bibliográficas:

Henriques, T. R. S. (2012). O brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança: hospital dos pequeninos. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Kiche, M. T., & Almeida, F. A. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 125-130. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200002>

Lima, R. A. G., Azevedo, E. F., Nascimento, L. C., & Rocha, S. M. M. (2009). A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 186-193. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100024>.

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., Mcinerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB I evidence synthesis*, 18(10), 2119-2126. Doi: <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>.

Ribeiro, P. J., Sabatés, A. L., & Ribeiro, C. A. (2001) Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(4), 420-428. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000400016>.

Silva, S. G. T. da, Santos, M. A., Floriano, C. M. de F., Damião, E. B. C., Campos, F. V. de, & Rossato, L. M. (2017). Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1244-1249. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0353>.

TÍTULO DO POSTER: Experiências da Família da Pessoa em Situação Crítica: uma Revisão Sistemática da Literatura de Evidência de Significado.

AUTORES: Inês Pimenta¹; Patrícia Pontífice-Sousa²; Rita Marques³

1. Enfermeira, a exercer funções num serviço de Urgência Polivalente em Lisboa
2. Professora Auxiliar na Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
3. Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.

Introdução: A família assume um lugar central na vida das pessoas, sendo única nas suas necessidades e potencialidades, apresentando um passado, um presente, uma rede social e projetos próprios. A hospitalização, habitualmente uma situação inesperada, constitui-se como uma experiência que representa uma ameaça à integridade da pessoa doente e família, pelo que o enfermeiro assume uma posição determinante no apoio e conforto a ambos (Beer & Brysiewicz, 2016; Gill et al., 2016). A prestação de cuidados ajustados à família leva à necessidade de entender a forma como esta experiência este acontecimento, estando inerente a avaliação das suas necessidades, sentimentos/emoções, desejos e expectativas, o que irá permitir uma aproximação às experiências da família e o seu envolvimento nos cuidados (Mendes, 2017).

Objetivos: Identificar as experiências da família da pessoa em situação crítica em contexto de hospitalização em unidade de cuidados críticos.

Método: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura de evidência de significado, seguindo a metodologia proposta por Joanna Briggs Institute, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, COCHRANE, e nas plataformas SCOPUS - Science Direct

e Google Académico, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, com estudos disponíveis na íntegra e na janela temporal de 2016 a 2021. A questão de investigação foi definida através da metodologia População, Fenómeno de Interesse e Contexto (PICO): “Quais as experiências da família da pessoa em situação crítica em contexto de hospitalização numa unidade de cuidados críticos?”, em que a população se refere à família da pessoa em situação crítica, o fenómeno de interesse às experiências e o contexto à hospitalização numa unidade de cuidados críticos.

Resultados: Incluíram-se nesta revisão oito de natureza qualitativa (Barreto et al., 2019; Beer & Brysiewicz, 2016; Gill et al., 2016; Jacob et al., 2016; Mendes, 2017; Mendes, 2018; Minton et al., 2018; Rodriguez-Almagro et al., 2019). A evidência encontrada é maioritariamente referente à realidade vivida em UCI, sendo ainda diferenciada geograficamente (Portugal, Espanha, Brasil, África do Sul, Nova Zelândia, Canadá, EUA). As experiências dos familiares são dominadas pela incerteza e medo e vividas em constante angústia, impotência e vulnerabilidade. Os sentimentos de tristeza, angústia, incerteza, ansiedade e impotência são os mais frequentes. O desejo de estar presente é o mais referido pela família da pessoa doente. A necessidade de informação emerge como vital e mais importante, seguindo-se da garantia de cuidados, da proximidade/permanência junto da pessoa, do conforto ambiental, do apoio emocional, da fé e da cultura.

Conclusão: A evidência demonstrou que a vivência da doença crítica traz uma panóplia de mudanças na esfera social e afetiva da família da pessoa em situação crítica. As experiências relacionadas com a ausência do familiar doente no dia-a-dia e os estados de permanente tensão e preocupação e a incerteza ao longo de toda a trajetória, constituem em enorme sofrimento, que deve ser tida em conta pela equipa multidisciplinar. O respeito pela dignidade e unicidade destas famílias passa pela sua integração no cuidado multidisciplinar da pessoa hospitalizada em cuidado crítico, salientando-se o papel dos enfermeiros.

Descritores: família, acontecimentos que mudam a vida, cuidados críticos, revisão de significado.

Referências Bibliográficas:

Barreto, M., Garcia-Vivar, C., Santos, D., Maciel, D., Matsudal, L. (2019). Significados atribuídos por familiares e pacientes à presença da família em emergências. *72(6)*, 1764-1771. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0814>.

Beer, J., & Brysiewicz, P. (2016). The needs of family members of intensive care unit patients: A grounded theory study. *Southern African Journal of Critical Care*, *32(2)*, 44-49. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2016.v32i2.298>.

Gill, M., Bagshaw, S. M., McKenzie, E., Oxland, P., Oswell, D., Boulton, D., Niven, D. J., Potestio, M. L., Shklarov, S., Marlett, N., & Stelfox, H. T. (2016). Patient and family member-led research in the intensive care unit: A novel approach to patient-centered research. *PLoS ONE*, *11(8)*, 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160947>.

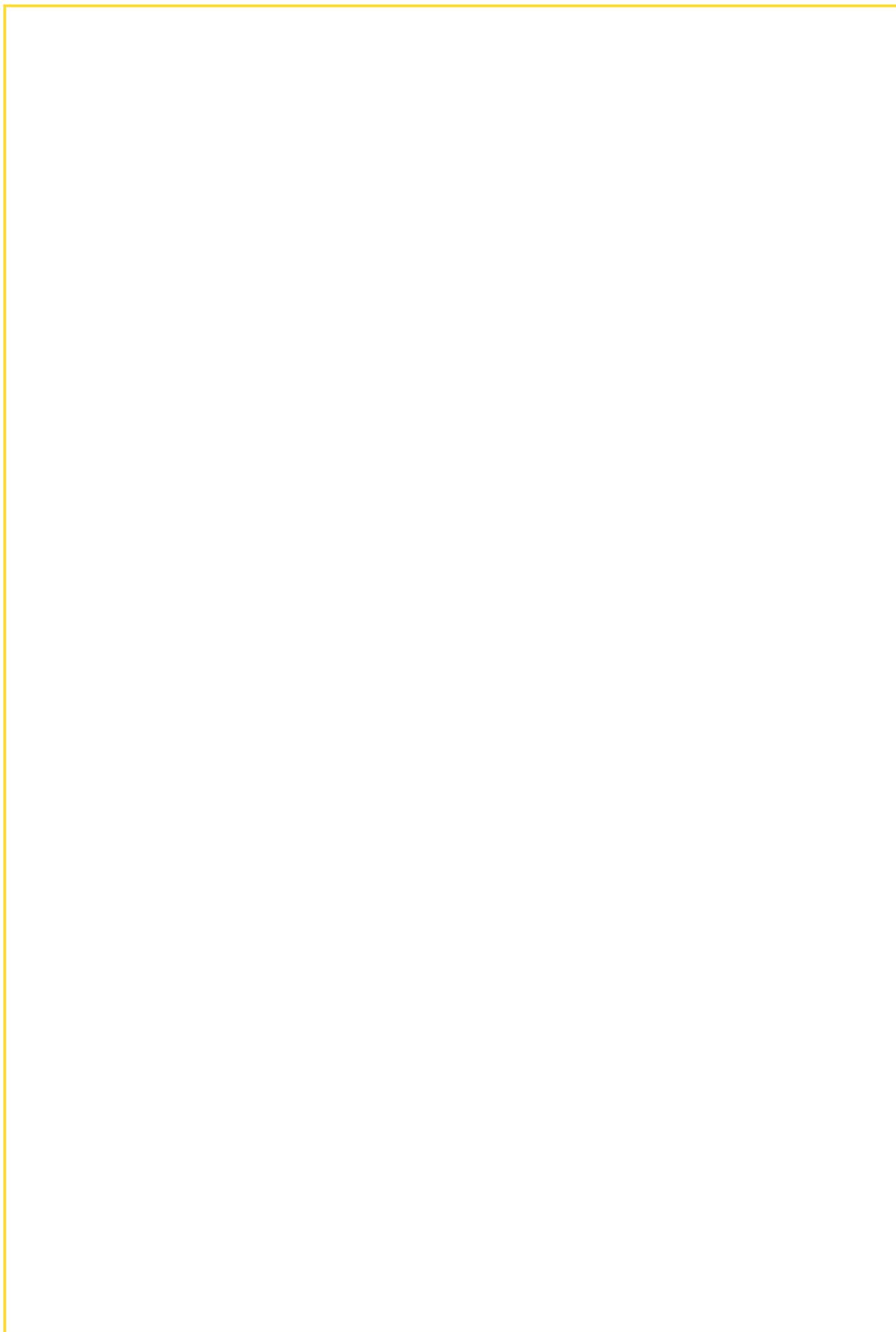
Jacob, M., Horton, C., Rance-Ashley, S., Field, T., Patterson, R., Johnson, C., Saunders, H., Shelton, T., Miller, J., & Frobos, C. (2016). Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, *25(2)*, 118-125. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016258>.

Mendes, A. (2017). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, *71(1)*, 182-189. http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0170.pdf.

Mendes, A. P. (2018). Critical health-disease transition in the family: Nursing intervention in the lived experience. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72(1)*, 154-161. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0616>.

Minton, C., Batten, L., & Huntington, A. (2019). A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Families' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, *50*, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.010>.

Rodriguez-Almagro, J., Quero Palomino, M. A., Aznar Sepulveda, E., Fernandez-Espartero Rodriguez-Barbero, M. D. M., Ortiz Fernandez, F., Soto Barrera, V., & Hernandez-Martinez, A. (2019). Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33(4)*, 912-920. <https://doi.org/10.1111/scs.12689>.



X JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA
VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

